UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 10

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ACCÈS DE MANIE

ÉQUIVALENTS PSYCHIQUES DE L'ÉPILEPSIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 17 Décembre 1914

PAR

Ferdinand ANDRÉ

Né à Marguerittes (Gard), le 1er octobre 1886

INTERNE DES ASILES

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la thèse

SARDA, professeur, *président.*
CARRIEU, professeur.
VEDEL, agrégé libre. } *Assesseurs*
LAGRIFFOUL, agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ACCÈS DE MANIE

ÉQUIVALENTS PSYCHIQUES DE L'ÉPILEPSIE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 10

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ACCÈS DE MANIE

ÉQUIVALENTS PSYCHIQUES DE L'ÉPILEPSIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 17 Décembre 1914

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PAR

Ferdinand ANDRÉ

Né à Marguerittes (Gard), le 1er octobre 1886

INTERNE DES ASILES

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la thèse

SARDA, professeur, *président.*
CARRIEU, professeur.
VEDEL, agrégé libre. } *Assesseurs*
LAGRIFFOUL, agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT (✲).
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique	TRUC (O ✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✲).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale	RAUZIER (✲).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Anatomie pathologique	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), HAMELIN (✲), GRASSET (O ✲).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU (✲), a. l. (ch. de c.)
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, a. l. (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. RIMBAUD.
GRYNFELTT.	DERRIEN.	ROGER.
LAGRIFFOUL.	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	MASSABUAU.	LISBONNE.
GAUSSEL.	EUZIERE.	
RICHE.	J. DELMAS.	

Examinateurs de la thèse ;

MM. SARDA, professeur, *président.*	MM. VEDEL, *agrégé libre.*
CARRIEU, professeur.	LAGRIFFOUL, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA FEMME

A MON FILS

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

F. ANDRÉ.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SARDA

Hommage respectueux.

F. ANDRÉ.

A MONSIEUR ÉMILE IZARD

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Témoignage de notre sincère reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ EUZIÈRE

Qui nous a fourni le sujet de ce travail, nous aidant sans cesse de ses conseils et de son amitié.

F. ANDRÉ.

AVANT-PROPOS

Au début de ce travail, nous nous faisons un devoir très agréable d'adresser quelques paroles de gratitude à tous ceux qui, par leurs leçons, par leurs conseils et leurs exemples, ont contribué à notre instruction médicale et à notre éducation professionnelle.

Et puisque notre thèse est, en somme, le couronnement de nos études, c'est spontanément que nous nous tournons vers celui qui en a fourni le sujet, M. le professeur agrégé Euzière ; il nous est agréable de lui exprimer notre reconnaissance pour la précieuse marque de dévouement qu'il nous a donnée en dirigeant nos recherches pour ce travail ; qu'il veuille bien croire combien nous regrettons que les tristes événements actuels l'éloignent de nous en ce moment ; notre joie eût été complète de le voir parmi les membres du jury de notre thèse.

Nous adressons nos remerciements les plus sincères à M. le professeur Sarda pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse ; qu'il reçoive l'hommage de notre respectueuse gratitude.

Que M. le docteur Mercier, directeur de l'Asile de Pierrefeu, nous permette de l'assurer de notre meilleur souvenir et de notre sincère reconnaissance ; il fut pour nous, non seulement plein de bonté, mais encore un ami qui nous

donna bien des fois des marques d'une inépuisable bienveillance.

Nous adressons nos bien vifs remerciements à M. le professeur Jeanbrau, qui nous a toujours reçu très cordialement; qu'il soit assuré de notre vive sympathie et de nos sentiments les plus dévoués.

Nous remercions M. Emile Izard, le distingué secrétaire de la Faculté de médecine, de son accueil toujours si sympathique et de la bonté qu'il nous a toujours témoignée.

Enfin, et c'est par là que nous terminerons ces quelques lignes d'avant-propos, nous adressons un doux souvenir à tous ceux qui, par affectueuse amitié, ont guidé notre jeune et fragile expérience et ici notre pensée s'arrête plus volontiers sur des noms qui nous sont chers: M. le docteur Auguste Loubet, de Grignan (Drôme), et M. Henri Tourtour, ancien secrétaire de l'Hôpital des maladies mentales du Var.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ACCÈS DE MANIE

ÉQUIVALENTS PSYCHIQUES DE L'ÉPILEPSIE

PREMIÈRE PARTIE

EQUIVALENTS PSYCHIQUES

Avant d'étudier les accès de manie considérés comme équivalents psychiques de l'épilepsie, nous croyons utile de rappeler, dans une première partie, ce qu'on entend exactement par équivalents psychiques de l'épilepsie.

On entend, par équivalents psychiques de l'épilepsie, les accidents mentaux, très fréquents et très variés, qui remplacent les attaques et qui sont, par suite, les véritables équivalents de l'accès.

L'équivalent psychique a porté différents noms : épilepsie psychique, épilepsie phrénie, psychose épileptique, épilepsie larvée. Ottolenghi l'a défini de la façon suivante :

« L'équivalent psychique caractérise l'épilepsie psychique, il consiste en une convulsion localisée dans les centres corticaux, qui se manifeste par des actes impulsifs, étranges et délictueux. Cet accès psychique équivaut à l'accès

complet convulsif moteur, il représente, dans le champ psychique, ce que l'accès classique représente dans la sphère purement motrice. »

Ces accidents mentaux, équivalents psychiques purs, ne sont pas universellement reconnus par tous les cliniciens.

Les uns affirment que l'on peut observer, chez certains malades, soit dans l'intervalle des attaques, soit longtemps avant l'apparition des premiers accès convulsifs, des troubles mentaux délirants, véritables succédanés psychiques de l'accès comitial, qui n'ont été précédés immédiatement d'aucune attaque épileptique. C'est l'épilepsie larvée pure sans aucune manifestation comitiale concomitante.

D'autres, au contraire, admettent que « c'est bonnement l'accès ordinaire lui-même dans lequel l'atteinte convulsive existe, mais si rapide, si atténuée, si fugace, si légère, qu'elle reste inobservée ». On comprend alors facilement que, pour ces auteurs, les troubles mentaux observés ne représentent plus que des accidents pré ou post-épileptiques qui, par leur intensité, dominent le paroxysme convulsif, qui est à peine esquissé. Legrand du Saulle conseille notamment que, lorsque l'intelligence se trouve soudainement compromise chez un convulsif, c'est qu'il a eu avant une convulsion épileptique qui n'a pas été remarquée. Si l'on examine minutieusement le malade, si l'on visite son lit, on se rendra compte, sans trop de difficultés, que ce dernier a eu une attaque nocturne ou un accès incomplet qui a passé inaperçu aux yeux non exercés.

Pour Legrand du Saulle et d'autres auteurs, l'épilepsie larvée se confond pour ainsi dire avec l'épilepsie fruste ordinaire. Citons l'exemple de Lassègue qui nous raconte qu'une jeune femme, qui faisait en Suisse son voyage de noce, eût deux fois, en huit jours, des accès de délire, et le mari avait remarqué que, chaque fois, elle remuait le qua-

trième doigt de la main. C'était, chez elle, le seul signe convulsif.

Ardin-Delteil, qui a fourni sur les équivalents psychiques de l'épilepsie une thèse fort documentée et très complète, reconnaît volontiers les cas de ce genre qu'il appelle « des formes de transition reliant l'épilepsie ordinaire à l'épilepsie psychique ». Mais cette forme d'épilepsie n'empêche pas l'existence d'accès épileptiques sans aucune espèce de convulsion. Pour lui, l'absence et le vertige ne sont que des accès épileptiques rudimentaires, mais alors que, dans les familles, cette forme épileptique passera inaperçue, au contraire, si elle s'accompagne de délire, d'actes légers ou graves, dans lesquels la suspension de conscience n'aura pas été remarquée, le malade prendra les allures d'un fou ou d'un criminel.

Trousseau cite le cas d'un jeune vertigineux qui, passionné pour la musique, allait jouer dans les théâtres. Ses accès se déclaraient quelquefois pendant un morceau qu'il exécutait au violon et, en restant complètement étranger à ce qui se passait autour de lui, il n'en continuait pas moins à lire sa partition. Un observateur, non prévenu, ne remarquera pas cette absence, le malade paraîtra normal. Mais si, au contraire, au moment de cette absence, le malade se met à exécuter des actes étranges, il sera regardé par son entourage comme aliéné ou criminel. M. Ardin-Delteil rappelle l'exemple d'un prêtre qui n'interrompait ni son sermon, ni ses chants liturgiques, mais qui laissait alors échapper des paroles si incohérentes, chantait de si étrange façon, avait de telles allures si peu en harmonie avec ses fonctions, qu'on fut obligé de l'interdire.

Le même auteur nous montre que, depuis l'absence pure, sans actes secondaires, jusqu'aux actes délirants, les plus terribles, en passant par l'absence associée à un simple dé-

lire des actes, il n'y a qu'une simple question de gradation, et voilà enfin la définition qu'il arrive à donner à ces sortes de troubles mentaux.

« Force nous est donc d'admettre, greffés sur l'absence, qui est un acte épileptique éventuellement vierge de convulsions, une série d'états graduellement complexes, bâtis de manifestations psychiques et constituant l'épilepsie équivalentaire psychique ou l'équivalent psychique pur. »

L'équivalent psychique pur, non accompagné de troubles comitiaux ordinaires, présente enfin des caractères généraux qui le rapprochent étroitement des paroxysmes convulsifs.

Nous allons rapidement les examiner en faisant remarquer qu'aucun, sauf le premier, est constant.

1° *La volonté est toujours abolie.* — Le malade ne peut s'opposer en quoi que ce soit à la réalisation d'un des phénomènes faisant partie du syndrome, une fois l'accès psychique déchaîné.

2° *La conscience est souvent complètement abolie.* — Elle peut se présenter sous différents jours :

a) Demi-conscience et amnésie (états hygnagogiques et crépusculaires) ;

b) Demi-conscience et souvenir partiel (états hypnagogiques et crépusculaires) ;

c) Subconscience et souvenir à peu près complet (second état épileptique d'Ottolenghi) ;

d) Conscience et amnésie (conscience pathologique ou seconde) ;

e) Conscience et souvenir.

3° *Le souvenir des actes accomplis n'est ordinairement pas conservé* (amnésie). — En effet, si, dans l'épilepsie convulsive généralisée au moment de la crise, l'être physi-

que seul existant, l'être intelligent faisant défaut, il se produit une véritable lacune dans la vie intellectuelle du malade, une perte de souvenir, une amnésie primitive, de même dans certaines formes d'épilepsie psychique où l'individu est absolument inconscient, où il y a la même perte de conscience sans chute, la mémoire n'existe pas, ne peut pas exister, l'être intelligent n'a perçu aucun des actes accomplis.

Dans d'autres cas, les équivalents psychiques ne sont pas accompagnés de perte de connaissance durant leur développement. Les malades agiront d'une manière consciente ; ils entreront dans les magasins, ils monteront dans les omnibus, vivront la vie ordinaire sans commettre d'actes indélictueux. Mais, à la fin de l'accès équivalentaire, ils ne se souviendront plus de rien, ils seront atteints d'*amnésie secondaire*. Cette amnésie peut aussi ne survenir que quelques jours après, c'est l'amnésie *retardée*, intéressante au point de vue médico-légal puisqu'elle explique des contradiction flagrantes entre les dépositions faites après le crime et celles qui sont faites plus tard pendant l'instruction ou les débats. Dotto a, par exemple, cité un cas dans lequel un épileptique tenta, dans un accès psychique, de se suicider, il se souvenait du fait trois jours après, il avait complètement oublié son acte après une semaine écoulée. On peut trouver aussi, à la suite d'équivalents psychiques épileptiques, la perte du souvenir d'événements survenus en pleine santé, c'est l'*amnésie rétrograde*, qu'il ne faut pas confondre avec une aura pré-convulsive, car il est difficile d'admettre qu'une aura puisse englober des périodes de vingt jours, un mois, un an parfois.

4° *Tous les actes épileptiques sont automatiques*, spon-

tanés en apparence quoique dépourvus de volonté libre. Ils ne sont pas volontaires, tout en paraissant l'être.

5° *Ils sont essentiellement impulsifs,* d'où énergie dans leur détermination, absence de motifs, de préméditation, de dissimulation et de complicité.

6° *Ils sont très violents et très énergiques,* aussi voit-on les malades frapper, avec une férocité inouïe, en multipliant les coups, alors qu'à l'état normal, ils sont dociles, bons et prévenants.

7° *Hallucinations fréquentes* de l'ouïe, de la vue, de l'odorat. Les hallucinations de l'ouïe et surtout celles de la vue, terrifiantes d'ordinaire, sont l'origine des idées de persécution.

8° *L'accès termine brusquement.*

9° *Dépression post-paroxystique.* — Après l'accès psychique, on remarque des phénomènes d'épuisement, hébétude ou somnolence.

10° *Reproduction certaine d'attaques absolument identiques à chaque nouvel accès.* — Legrand du Saulle dit à ce sujet « qu'il y a là comme un mécanisme à répétition et en face d'un de ces retours d'une similitude uniforme qu'il semble, en vérité, qu'un objectif photographique ait surpris, circonscrit et immobilisé la manifestation vésanique, qu'il en reste un cliché indélébile et qu'une épreuve en soit tirée de temps en temps ».

11° *L'accès épileptique est plus court que les autres accès maniaques. Il est plus long que l'attaque convulsive elle-même.* — Falret a conclu que la décharge nerveuse se fait plus rapidement par les convulsions que par le délire.

12° Enfin, ces accès, comme nous l'avons déjà dit, peu-

vent être précédés de prodromes qui peuvent lui enlever une partie de sa soudaineté, quoique le début n'en reste pas moins toujours brusque: phénomènes pré-paroxystiques.

Ces différents prodromes sont: l'instabilité, l'irritabilité, l'inquiétude, la stupeur, la somnolence, l'obnubilation, la mélancolie et l'hyperproduction des idées.

Les équivalents psychiques de l'épilepsie ont été arbitrairement classés suivant les auteurs. Aujourd'hui, on leur connaît deux divisions principales: *a*) les formes avec excitation; *b*) les formes avec dépression. L'agitation maniaque, comme son nom l'indique, se trouve dans la première de ces catégories. Il existe cependant des cas, comme nous le verrons plus loin, où nous aurons affaire à des formes alternées d'agitation et de dépression.

L'étude détaillée de l'agitation maniaque, considérée comme équivalent psychique de l'épilepsie, constituera la seconde partie de notre sujet. Nous la ferons suivre d'un exposé rapide des états pré et post-paroxystiques, sans oublier l'agitation indépendante des attaques.

Nous nous efforcerons, dans la troisième partie, de préciser les éléments de diagnostic. Enfin, nous montrerons, dans la dernière et quatrième partie, la gravité de l'agitation maniaque épileptique, considérée au point de vue médico-légal.

DEUXIÈME PARTIE

AGITATION EQUIVALENTAIRE

L'agitation maniaque équivalant aux crises comitiales présente des formes très diverses. On la divise suivant les caractères qui la différencient ; cependant cette division est assez artificielle, car nombreux sont les cas qui, ne rentrant dans aucune des catégories suivantes, constituent, au contraire, des traits d'union entre elles.

CHAPITRE PREMIER

FUREUR EPILEPTIQUE

La fureur épileptique est le type le plus complet de la folie furieuse. Elle aboutit presque toujours à des actes délictueux ou criminels; souvent précédée de signes précurseurs, comme les troubles dyspeptiques, la céphalalgie, une sorte d'angoisse morale, elle commence d'ordinaire très brusquement et finit de même. L'accès débute d'une façon soudaine, le malade devient irritable et loquace. Toutes les choses et les personnes les plus chères le jettent dans une terrible colère. Ses yeux brillent d'un éclat inaccoutumé et la férocité se lit dans ses prunelles. La face est congestionnée, couverte de sueurs. Les idées se succèdent avec rapidité, chevauchant presque les unes sur les autres. Ce qui caractérise les actes accomplis, c'est surtout leur violence inouïe. Les malades déchirent, lacèrent, brisent tous les objets qui les entourent; ils se frappent eux-mêmes et deviennent très résistants à la douleur. Cavalier cite un épileptique qui s'ouvrit l'abdomen avec un couteau de poche, déroula son intestin grêle, le coupa par fragments, pour ne mourir que le lendemain.

Ces malades sont aussi les plus dangereux des aliénés, ils sont redoutés du personnel des asiles et ne peuvent être contenus que par d'énergiques moyens, comme la camisole ou le séjour prolongé en cellule.

Féré a vu un malade de Legrand du Saulle qui, enfermé dans une chambre de sûreté, arracha avec ses mains le parquet de la cellule. « L'aspect de cet individu était tragique, ses sourcils projetés par une contraction énergique des muscles donnaient à son regard une expression sauvage. Chose remarquable au milieu de cette fureur aveugle, l'épileptique, qui paraissait étranger à ce qui l'entourait, savait cependant voir et observer, il lancait à chaque interpellation une parole appropriée, ses gestes étaient violents, mais coordonnés. » Ceci n'est du reste pas une exception; on a, en effet, remarqué, ce qui constitue un caractère de la fureur épileptique, que ces malades parlent avec beaucoup moins d'incohérence que les autres aliénés, ils comprennent les questions qui leur sont posées, et y répondent exactement. Ils savent aussi, affolés ou exaspérés par leurs hallucinations, frapper à coup sûr; la mort de Godefroy, médecin à Montdevergues, tué par un épileptique furieux, en est l'exemple le plus frappant. Cette incohérence moins grande du délire et la netteté plus prononcée des idées pendant les accès de délire épileptique contrastent étrangement avec l'absence complète de souvenir de l'accès après sa cessation. Cette amnésie totale est un des symptômes les plus constants des accès de manie épileptique furieuse.

La nature terrifiante des idées et la fréquence des hallucinations qu'ont ces malades constituent un fait également remarqué. Ce sont des hallucinations de l'ouïe, de l'odorat et surtout de la vue; les visions sont continuelles. Ils voient des objets effrayants, des spectres, des fantômes, des assassins, des hommes armés qui se précipitent sur eux pour les tuer; ils aperçoivent sans cesse des objets lumineux; la vue du sang et la couleur rouge sont leurs plus fréquentes hallucinations, hallucinations terrifiantes à un point tel

que ces malades n'hésitent pas à commettre les crimes les plus atroces et les plus épouvantables.

Cet état peut ne durer que quelques heures, mais même lorsque les accès sont courts, l'état général reste grave. Les mouvements violents, les vociférations permanentes, l'excitation psychique et physique font élever la température (39° à 40°) ; la langue se dessèche, la voix devient rauque, une abondante sueur recouvre le corps entier, les malades ont une céphalée violente.

Comme nous le disions plus haut, la fin de l'accès peut être aussi brusque que le commencement. Ces maniaques peuvent en quelques heures recouvrer leur état normal ; une légère stupeur ou torpeur physique et morale est ce qui reste seulement de ces terribles fureurs. Le malade semble sortir d'un cauchemar pénible, dont il ne garde aucun souvenir.

De même que dans l'épilepsie ordinaire, les attaques convulsives sont d'une ressemblance absolue. Ces accès de fureur épileptique, qui en sont les équivalents psychiques, sont, eux aussi, d'une ressemblance absolue, non seulement dans leur ensemble, mais aussi dans leurs détails les plus particuliers. Chaque accès est la reproduction fidèle, la véritable photographie du précédent, et on y voit exprimer les mêmes idées, on y entend les mêmes paroles et on assiste aux mêmes actes.

Ces équivalents psychiques peuvent exister chez des sujets qui n'éprouvent entre les accès aucun trouble psychique et dont l'égalité de caractère contraste avec la violence de ces accès.

Ils peuvent survenir à intervalles plus ou moins réguliers et leur fréquence peut amener une déchéance physique et morale comme les crises convulsives trop souvent répétées.

Ardin-Delteil a parfaitement donné la définition de la fureur épileptique et nous la lui empruntons pour résumer notre chapitre.

La fureur épileptique est « un délire hallucinatoire, d'une extrême intensité, surgissant avec brutalité, avec idées assez coordonnées et actes d'une violence inouïe ; elle est caractérisée par une cessation brusque de l'amnésie et la répétition d'accès toujours semblables ».

Nous allons donner quelques exemples typiques de cette fureur. On y remarquera que leur durée est bien moins moindre que celle des accès de manie ordinaire, mais qu'elle est bien plus considérable que celle des accès convulsifs. Il semble, comme le dit Ardin-Delteil, que la décharge épileptique se passe plus rapidement par les convulsions que par le délire.

Observation Première

(Lassègue, 135)

Un maréchal-ferrant est occupé avec son compagnon à ferrer un cheval. Tout à coup, sans provocation, il frappe à coups redoublés sur la tête de son camarade qui tenait le pied de l'animal, il s'acharne sur lui. On l'arrête, on lui demande pourquoi il a frappé. Il répond qu'il ne pouvait sentir cet ouvrier, qu'il avait voulu s'en débarrasser. Il prétend que les querelles entre eux se renouvelaient chaque jour, qu'il lui créait des difficultés incessantes. Informations prises, il n'y avait pas un mot de vrai ; je fus chargé de l'examiner, et déjà frappé par la rage avec laquelle les coups avaient été portés, par cet acharnement tout particulier aux épileptiques, je dirigeai mes recherches dans ce sens.

Cet homme, enfermé à Mazas, ne présenta aucun trouble si léger qu'il pût être, pendant quinze jours. Tout à coup, il est pris d'un accès de délire inouï, ses forces sont décuplées, il démolit le plancher de sa cellule avec ses mains, il émiette le ciment très résistant avec lequel sont jointes les briques qui forment les voûtes de chaque étage, il creuse un trou assez large pour qu'il puisse passer et il tombe dans la cellule située au-dessous de la sienne. Il se précipite sur le détenu qu'elle renferme et se met à l'assommer de coups, une lutte s'engage, les surveillants accourus ont la plus grande peine à le maintenir.

Pendant sept jours, il reste dans un état de délire continu dont la violence ne peut être comparée qu'à celle des accès les plus aigus de *delirium tremens*. C'était une attaque épileptique.

Observation II

(Kowalewsky, 137)

S..., 36 ans, marié, était écroué en prison par arrêt du Tribunal. Le cinquième jour de sa réclusion, le soir, S... sentit l'approche de l'attaque d'épilepsie dont il souffrait depuis longtemps; ayant chaud, il demanda à boire, mais on ne lui donna pas d'eau. S... perd alors connaissance et ne se souvient plus de rien; quand il revient à lui, il se sent ligotté et meurtri de coups. Voici ce qui s'est passé: S... partageait la chambre avec un autre accusé B...; ils ne se querellaient pas et jusque là avaient vécu en bonne intelligence. Quand S... eût soif, il demanda à boire et en même temps s'étendit sur son lit. Tout à coup, il saute à bas du lit et se met à courir dans la chambre; il arrache le pied du lit et roue de coups le malheureux B... Puis il le saisit à la gorge pour l'étrangler. Aux cris de B..., les gardiens accou-

rent et le délivrent. Quelques minutes après, S... passe dans une cellule voisine et bat l'accusé P... qui dormait et contre lequel il n'avait aucun grief. Alors on isola S... et on l'enferma seul. S... démolit la cloison qui sépare sa chambre de la chambre voisine, où il pénètre après s'être armé de deux pieds de lit. Il y trouve une femme inconnue, R... se rue sur elle et se met à la battre avec une férocité inouïe. Il lui tord les bras et lui fait six blessures à la tête... Revenu à lui, il ne se souvient de rien.

La mère et la sœur de S... déposèrent qu'il souffrait dans l'enfance d'attaques d'épilepsie convulsive, qui cessèrent pendant quelque temps, pour se renouveler quatorze ans après. Il avait plusieurs attaques par mois. Dans les intervalles, il était bon travailleur. Après l'attaque, la mémoire était abolie.

Observation III

(Kowalewsky, 137)

B..., paysan, marié, ne sait pas lire, pas de syphilis, pas d'alcoolisme. Homme franc et honnête, ni rusé, ni dissimulé, ni effronté, ni insolent. Caractère doux, tranquille, docile, soumis, obligeant. Antécédents héréditaires négatifs.

Un dimanche matin, il était chez lui. Etaient présents: sa femme, ses trois enfants et l'amie de sa femme, la nommée D... Tout à coup, B..., qui jusqu'à ce moment ne s'était fait remarquer par rien d'anormal, sans faire aucune attention à sa femme et aux enfants, s'élance sur la femme D... pour consommer le crime d'adultère. Il se met à ses genoux, rampe à ses pieds, la supplie d'accéder à son désir passionné. D... refuse. B... s'adresse alors à sa femme et exige sur place une satisfaction complète et immédiate.

Nouveau refus. Alors B... fait un pas en arrière, s'affaisse en poussant des gémissements, sa face blêmit. Les deux femmes s'enfuient, les enfants restent. B... se relève, commence à briser les vitres, à déchirer ses vêtements; il saisit un enfant de trois ans qu'il aimait beaucoup et le jette dans le poêle allumé. Trois robustes paysans ne peuvent venir à bout de B... qui est cependant chétif et de petite taille. Il lance sur tout le monde de l'eau bouillante. Son air est si terrible qu'on a peur de le désarmer. On n'en peut venir à bout que par la ruse. B..., revenu à lui, ne garde aucun souvenir de ce qu'il a fait. Avant cet accès, B... n'avait eu ni attaques convulsives, ni vertiges; plus tard, j'ai observé chez lui une attaque d'épilepsie convulsive.

Observation IV

(Claude)

Un homme vigoureux, autrefois bien portant, a été pris, il y a un peu plus de deux ans, de douleurs de tête extrêmement vives. Il souffrit alors assez longtemps de cette céphalée que l'on ne pouvait guère expliquer, puis, tout à coup, devenait très violent, s'excitant et prêt à se suicider. Puis, après cette sorte de crise, il se calmait et devenait, au contraire, très facile, prenant heureusement les choses et restant dans un état de satisfaction anormale. Ces crises se renouvelèrent souvent, puis il resta deux ans sans en présenter; toutefois, pendant cette période, il avait de temps en temps des absences et on remarqua qu'il urinait souvent au lit, mais, de plus, il était repris, à certains moments, de la céphalée violente du début. Cependant, cet état ne s'est pas maintenu et, avec la céphalée, les crises ont reparu avec agitation violente, actes de brutalité et de mé-

chanceté, suivies d'une période de satisfaction. A ce moment, survenait une fatigue profonde, un véritable état d'accablement.

Jamais cependant on n'avait constaté de convulsions, ni de perte complète de connaissance, mais certains incidents, tels que miction nocturne involontaire, céphalée persistante, torpeur succédant aux crises, devaient faire penser à un équivalent épileptique se produisant sous forme psycho-sensorielle, et commençaient surtout par de la céphalée.

Cette céphalée a une grande importance au point de vue diagnostic.

CHAPITRE II

COLERE EPILEPTIQUE

La colère épileptique a été étudiée, à des époques différentes, par Kroepelin, Maurice de Fleury, J. Voisin, Raymond, qui ont tous observé cette forme d'équivalent. Voisin, surtout, a fort bien décrit ce délire maniaque qui se traduit par des actes violents, des propos menaçants, des colères subites, mais jamais par des actes criminels. Sous l'influence d'une hallucination d'ordinaire visuelle, le malade sent monter en lui la colère, il serre les poings, pousse des cris de rage. Parfois il rit et pleure alternativement; il parle beaucoup ou se renferme dans un mutisme complet. Il se trouve très heureux ou très malheureux, il bouscule et frappe les personnes qui l'entourent, puis il se calme subitement, s'endort profondément, ou reste dans un état complet d'obnubilation ou de fatigue. Un grand nombre voient du feu et du sang. L'accès passé, les malades ne conservent qu'un souvenir obtus, mais ils savent très bien qu'ils se sont mis en colère et reconnaissent, aux dégâts qu'ils peuvent avoir commis, la violence de cette colère. Quelques-uns cherchent à lui donner une explication valable et en font retomber la faute sur leur entourage.

Féré cite l'observation d'un enfant qui, au sortir d'une

crise, dont il n'avait qu'un souvenir confus et au cours de laquelle il avait tout brisé dans la chambre d'un de ses cousins, déclara avoir voulu se venger d'une taquinerie que celui-ci lui avait faite deux ans auparavant. Comme rien n'avait révélé l'existence d'un sentiment de rancune aussi tenace, pressé de questions, il finit pas dire: « Il ne m'a pas fait autre chose, sans cela je n'aurai pas cassé ses affaires. »

Cette réponse montre bien le peu de confiance que l'on doit avoir en de pareilles explications qui peuvent étrangement tromper ceux qui les acceptent de bonne foi.

Il arrive souvent que, se souvenant de leurs actes immédiatement après l'accès, ils les oublient parfois quelque temps après, d'où contradictions dans leurs dires, pouvant induire en erreur; et Voisin cite le cas d'un malade qui, pour cela, fut condamné en justice pour faux témoignage.

Comme nous venons de le voir, la colère équivalentaire d'accès épileptique n'est, en somme, comme le fait remarquer M. Euzière, qu' « un raccourci comme violence et comme durée de la fureur épileptique et, entre les deux formes, se trouvent tous les intermédiaires ».

Quelques observations nous permettront d'étayer les faits:

Observation V

(Voisin)

Enfant de 11 ans et demi, a été renvoyé de l'école parce qu'il est d'une méchanceté inouïe.

Bien développé physiquement, mais retardé dans son développement intellectuel, né à terme, première convulsion à 23 mois; père alcoolique.

Depuis la première convulsion, attaques répétées jus-

qu'à l'âge de 6 ans; trois ou quatre fois par an, durant chaque fois huit jours, s'accompagnant de fièvre, d'agitation et de cris, laissant le patient dans un état d'hébétude passager.

Plus tard, l'enfant, quoique assez bien portant, est resté malingre, avec ganglions cervicaux.

Depuis six semaines, présente des accès de violence, des accès de fugue inconsciente dans les rues avec perte de mémoire; si on l'envoie faire une commission, il erre sans se rappeler le motif de sa sortie. Il faut qu'on aille à sa recherche pour le ramener à la maison.

Au moment de l'examen, il est indolent, indifférent à tout, répond à peine aux questions qu'on lui pose, bien que sa parole soit nette et précise. Il ne peut dire ni son âge ni rien qui exige un effort intellectuel, connaît à peine les lettres de l'alphabet. Incapable de faire seul sa toilette, n'est pas gâteux. Même dans ses actes de violence, n'a pas d'incontinence d'urine ni des matières; il n'a pas non plus d'incontinence urinaire nocturne, pas trace de morsure de la langue. Mais cet enfant a présenté des accès convulsifs dans son jeune âge; il offre actuellement des troubles psychiques caractérisés, non seulement pas un faible développement mental, mais des périodes d'excitation se rattachant, par leur modalité, au mal comitial. Il s'agit, en effet, ici, d'accès de fureur sans motif, sans que le malade puisse expliquer son acte. Cela est tout différent de ce que l'on observe chez les débiles, qui, en commettant des actes de violence, ont toujours des idées de persécution et ne sont pas à court pour justifier leur conduite.

Observation VI

(Aussoleil, 15)

K..., veuve F..., entrée à l'asile au commencement de l'année 1875, âgée alors de 30 ans, avec le diagnostic « manie ». Nous n'avons aucun renseignement sur ses antécédents ni sur sa famille.

Dès son entrée, elle se montra excessivement méchante et dangereuse; pour un rien ou même sans motif apparent, elle entre tout à coup dans des colères épouvantables qui la font se précipiter sur tout le monde, et la font redouter même des gardiennes.

En avril 1881, une note médicale porte que la malade a des impulsions analogues à celles des épileptiques. Enfin, en 1886, apparaissent les premières attaques de haut mal, par séries de trois ou quatre en deux ou trois jours chaque mois.

Les accès de fureur n'ont pas tout à fait disparu, mais ils sont moins violents et viennent seuls ou suivent les crises; ils semblent même les précéder quelquefois.

D'abord larvée, l'épilepsie s'est transformée ici en épilepsie ordinaire avec accès frustes et rémittents.

Observation VII

(Aussoleil, 15)

Reine A..., entrée à Montdevergues en juin 1884, âgée alors de 33 ans. Grand-père maternel mort d'une attaque à 70 ans. Père rhumatisant. Quatre sœurs: l'une d'elles, mariée à un aveugle, a un enfant boiteux.

Nous n'avons pas pu avoir de renseignements précis sur les débuts du mal. Ce qu'il y a de certain, c'est que des moments d'agitation se manifestèrent de temps en temps et pendant plusieurs années, avant l'entrée de la malade à Montdevergues. A ce moment, l'excitation était à peu près permanente. Survint un calme relatif avec, de temps en temps, des mouvements violents durant un quart d'heure, une demi-heure et même plus. Elle chante, saute, court, frappe les malades qui se trouvent sur son passage, ravage les parterres et brise les arbustes. Jusqu'à ce que la crise soit passée, les remontrances sont inutiles.

Grondée, elle prétend n'avoir rien fait, puis dit: « Peut-être bien », puis avoue sans paraître convaincue, promet de ne plus recommencer, et recommence quelques moments plus tard. Dès le commencement de 1885, on s'aperçoit qu'elle se mouille au lit; on se demande pourquoi, et, quelques jours après, on la trouve dans une attaque de haut mal. Elle en eut deux ce jour-là. Jusqu'en janvier 1887, elle a environ une grande attaque par mois; point d'affaissement, ni de délire à leur suite, mais un peu de céphalée qui disparaît vite; agitation dans l'intervalle. Nous ne savons pourquoi, en 1889, nous n'avons pas vu d'attaques. Passent-elles inaperçues?... Rien ne l'indique. Dans tous les cas, nous retrouvons encore, fin 1889, les mêmes grandes périodes d'excitation et de calme relatif qui se succèdent sans interruption et sont traversées les unes et les autres par des moments d'agitation excessive.

Chose remarquable, la malade n'est pas dépourvue d'intelligence; elle a même conservé une excellente mémoire des faits anciens.

CHAPITRE III

MANIE EQUIVALENTAIRE

Dans cette manie, nous ne trouvons plus de violence, d'impulsions, de destruction ou de crimes, ou, tout au moins, ces phénomènes dangereux sont très atténués. Frenel a, dans un article sur la folie épileptique, très bien traité ce sujet. Il n'y a pas ici l'exubérance gaie et la surproduction d'idées que l'on remarque dans la manie ordinaire, mais une sorte d'agitation sombre avec une logorrhée, répétant sans cesse les mêmes paroles et les mêmes mots; cet état cesse subitement et s'accompagne alors de fatigue générale, de somnolence. Parfois, le malade ne garde aucun souvenir de sa crise, mais cependant il arrive le plus souvent qu'il en conserve un souvenir confus. Il répond alors raisonnablement aux questions et maintient une apparence de lucidité dans ses réactions, et ce souvenir est parfois conservé à un tel point que l'on peut dire que le malade est alors atteint de manie mnésique.

Nous pouvons, grâce à la persistance du souvenir, faire encore rentrer, dans cette manie équivalentaire, la manie épileptique religieuse.

Les hallucinations de la vue et de l'ouïe entretiennent ce délire. Les malades ont alors des rapports avec la divinité, ils ont même des hallucinations, de la sensibilité gé-

nérale, ils se sentent très légers, et disposés à s'envoler vers le ciel. Coselle considère ce phénomène comme un symptôme caractéristique de l'épilepsie.

On remarque, dans ces cas particuliers, que la conscience ne disparaît pas, et que le malade a gardé un souvenir précis de tout ce qui s'est passé dans l'accès.

Dans un ordre d'idées différent, on peut encore citer la manie politique, où la politique remplace la religion. Busdraghi cite un ouvrier qui, travaillant consciencieusement, quitte brusquement son travail pour faire à ses camarades des conférences sur les défauts de la société actuelle, en même temps il a des céphalées violentes et il perd la connaissance.

Toutes ces manies se différencient facilement de la manie vraie.

Dans la manie ordinaire on ne rencontre pas la lucidité, la conservation apparente de conscience que l'on retrouve chez les maniaques épileptiques. Voisin fait aussi remarquer que ceux-ci sont plus sujets aux hallucinations.

Observation VIII

(Euzière)

Louise, âgée de 22 ans, a été, jusqu'à l'âge de 17 ans, une enfant, puis une jeune fille de complexion délicate, mais normale à tous les égards. Ses parents, ses patrons, tous ceux qui l'ont approchée chantent ses louanges, le premier souci qu'elle leur ait donné, c'est la maladie actuelle. Elle était douce, timide, docile et, malgré son aspect frêle, jamais malade. A 17 ans, elle était employée dans une imprimerie quand un jour, en pleine période menstruelle, elle fut victime d'un accident. Une courroie de transmission

saisit sa chevelure, elle poussa un cri et s'évanouit. Par bonheur, la machine put être arrêtée presque immédiatement et on se félicita d'abord d'en être quitte pour une plaie du cuir chevelu, longue d'environ 12 centimètres et qui cicatrisa rapidement. Actuellement encore, cinq ans après l'accident, on retrouve facilement une cicatrice linéaire partant de la région temporale gauche à 2 centimètres en arrière de la queue du sourcil et se dirigeant en arrière en décrivant une courbe légère à concavité supérieure. Elle est tout à fait mobile et non douloureuse.

Immédiatement après l'accident, l'écoulement menstruel s'arrêta, la jeune malade resta deux mois chez elle dans un état nerveux assez anormal, très irritable, tressaillant au moindre bruit, ne pouvant supporter que l'on parle devant elle de rien qui se rapporte à son métier et gardant de l'accident une terreur extrême. Plus tard, ce sentiment et la répulsion qu'il entraînait avec lui l'obligèrent de changer de métier.

Quatre ou cinq mois après l'accident, Louise eut une première crise convulsive qui présenta tous les caractères classiques de l'épilepsie, elle tomba brusquement, pâlit, se raidit, eut des convulsions, perdit ses urines et resta plus d'une demi-heure plongée dans un sommeil profond et stertoreux dont elle se réveilla hébétée et sans souvenir de l'attaque. Un médecin lui commença un traitement bromuré qui, d'abord, fut insuffisant, puisqu'elle eut plusieurs crises convulsives apparaissant assez régulièrement aux environs des époques menstruelles. L'augmentation des doses finit cependant par espacer les attaques. Mais alors la malade se plaignit des effets du bromure, prétendit qu'il l'abrutissait et finalement refusa de le prendre. Ce fut pour sa mère une occasion nouvelle de constater le

changement de caractère de sa fille, son manque de docilité et son irritabilité.

Le traitement bromuré abandonné, les crises reparurent, elles étaient à peu près mensuelles et présentèrent les mêmes caractères nettement épileptiques. Il y avait environ deux mois qu'elles n'avaient pas paru, lorsque la malade présenta un accès de manie. Il débuta brusquement, elle était à table quand, tout à coup, elle s'arrêta de manger, pâlit, se renversa sur sa chaise, resta un très court instant immobile et égarée, puis se mit à s'agiter, c'était l'agitation d'une excitée maniaque, elle comprenait très bien tout ce qui se passait autour d'elle, savait qui lui parlait, répondait parfaitement aux questions posées, mais ne pouvait rester un moment en place, se dressait sur son lit, puis se cachait sous les couvertures, ne cessait de parler, passant très facilement d'une idée à une autre, mais s'occupant de préférence de son état pathologique, elle se lamentait à un moment donné parce qu'elle ne pouvait guérir, à un autre accusait le bromure de l'avoir empoisonnée, puis exposait avec une volubilité extraordinaire les circonstances de l'accident dont elle fut victime, voulait se lever, chasser sa sœur, suppliait qu'on la laisse sortir, qu'on lui donne un remède qui la guérisse, etc... Malgré divers calmants qui lui furent administrés elle continua à s'agiter et son excitation ne commença à diminuer que quatre jours après, au sortir d'un bain tiède prolongé. Elle dormit alors un peu, puis, au réveil, s'agita à nouveau, mais, dès ce moment, apparurent quelques périodes de calme, et la guérison fut définitive douze jours environ après le début des accidents.

Ce mois elle n'eut pas de crises convulsives et ses règles n'apparurent pas, le mois suivant elle fut réglée. Les crises normales ne recommencèrent à apparaître que deux

mois après. Une année se passa, au cours de laquelle elle eut une dizaine de crises, puis, à peu près à la même époque, elle fut reprise d'un accès de manie identique au précédent.

Dans son état normal, elle garde un souvenir complet de ses périodes d'excitation, au point qu'elle a pu citer le nombre de bains qu'elle prit et donner des détails précis sur la première visite que lui fit le médecin et sur ce qu'elle lui avait dit. Elle ne paraît pas avoir eu d'hallucinations, ni sentir d'autre impulsion que le désir de remuer. Il semble que ces deux crises de manie ont eu, sur son fond intellectuel, une assez mauvaise influence et elle apparaît plus déprimée et moins vive d'intelligence qu'auparavant.

CHAPITRE IV

AGITATION ET ETAT DE MAL

L'agitation maniaque comitiale équivalente à l'état de mal est beaucoup moins fréquente que l'état de mal convulsif.

Delasiauve, Falret, Dutel, Régis, Audié, etc. l'ont tour à tour étudiée et signalent que la température peut s'élever à 40°-41° et la mort survenir comme dans l'état de mal convulsif.

Nous avons ici affaire à une forme aiguë du syndrome maniaque, et Régis l'a surnommée *manie comitiale*.

M. Damaye a traité ce sujet et a donné deux cas typiques que nous reproduirons plus loin. Ces deux observations ont trait à des manies obnubilées, c'est-à-dire où « l'agitation s'associe à cet état d'obtusion par épuisement cortical rappelant la confusion mentale des psychoses toxiques ».

Cette manie se produit surtout après les séries de crises violentes. Régis explique ces cas par des intoxications paroxystiques, par des auto-cyto-toxines encore indéterminées, bien différentes des poisons actuellement connus.

Cette agitation comitiale intense, équivalente de l'état de mal convulsif, se présente, d'après Delasiauve, avec des caractères bien marqués.

Voici ce qu'il dit : « Comme dans le *delirium tremens*, les

attitudes des membres, les mouvements des globes oculaires, l'expression de la physionomie, tout le système musculaire en un mot sont empreints d'un certain tonus, offrent un état spastique, ayant quelque parenté avec la période tonique de l'attaque convulsive. La température est fonction de l'état musculaire comme dans l'état de mal convulsif. En résumé, les trois symptômes cardinaux de la manie comitiale grave sont: l'agitation obnubilée, la température progressive et l'état spastique du système musculaire. »

Cet état est bien plus difficile à vaincre que la forme convulsive ordinaire, mais cependant doit être traité comme elle.

Demaye conseille le chloral à dose massive et en une seule fois par la sonde œsophagienne.

Voici les deux observations citées par cet auteur:

Observation IX

(Damaye)

Une malade, âgée de 48 ans, D... Florine, ménagère, entrée à Bailleul le 6 septembre 1897. Célibataire.

Variole à 28 ans. Un cousin germain atteint également d'épilepsie convulsive. Début des crises à l'âge de 14 ans, à l'occasion d'une frayeur. Depuis, la malade aurait eu des paroxysmes fréquents, survenant presque toujours le matin au lever, et plus violents aux époques menstruelles. Aurait fait, peu avant son entrée, une tentative de suicide par pendaison.

D... était légèrement débile intellectuelle, légèrement déséquilibrée. Elle s'occupait à coudre, mais avait assez fréquemment des crises et des vertiges en séries; à la suite de

ces séries, elle s'agitait pendant une journée ou deux et présentait, en même temps, un certain degré d'obnubilation post-paroxystique.

L'intelligence, dans les dernières années, était un peu obscurcie et s'affaiblissait. En novembre 1909, D... présenta un ictère rebelle, dû à de la lithiase. Cet ictère se prolongea, en s'atténuant cependant, jusqu'à fin janvier 1910. Le 31 janvier, nous la trouvons, le matin, en état de mal convulsif; les crises se succédaient toutes les cinq minutes environ et le coma persistait dans l'intervalle.

On donna à la malade un lavement avec 2 grammes de chloral et, d'autre part, 10 grammes de bromure de potassium dans 300 grammes d'eau au moyen de la sonde œsophagienne, car la déglutition était impossible. L'après-midi, D... reçut encore, par le même artifice, 10 grammes de K. Br. Les crises diminuèrent, mais le coma persista. Le lendemain, la fréquence des paroxysmes ayant reparu, même traitement. Vers le soir du second jour, les convulsions s'espacèrent, en même temps que le coma tendait à disparaître. Mais, dans la nuit, l'agitation s'était déclarée et, le lendemain matin, nous trouvions la malade excessivement surexcitée, en proie à une agitation aveugle. La face était injectée, les yeux terribles; le corps et les membres, sans cesse en mouvements, se raidissaient pour exécuter des bonds furieux. Pouls fort, température impossible à prendre, mais peau brûlante et langue sèche.

Même traitement, mais sans effet sédatif. Cet état persista identique, sans nouvelle crise, jusqu'au 3 février, où le matin survint un paroxysme convulsif dans lequel la malade mourut.

Nécropsie. — Pas de tuberculose; emphysème aux sommets, congestion légère aux bases, très légère surcharge du cœur, ventricules en systole, dans le droit sang fibri-

neux. Pas de lésions valvulaires. Un petit point chondroïde à la naissance de l'aorte. Dégénérescence graisseuse encore peu avancée du foie. Vésicule biliaire bourrée de calculs ne contenant plus de bile, adhérence de la vessie et des canaux biliaires à la face inférieure du foie, rate légèrement augmentée de volume. Parenchyme des reins un peu jaunâtre; quelques adhérences de la dure-mère à la voûte cranienne. Pie-mère très légèrement laiteuse, n'adhérant pas au cortex. Cortex et pie-mère conformément congestionnés, ventricules à peine amplifiés, quelques centimètres cubes de liquide ultra-cranien seulement.

Ce cas présente comme choses instructives :

1° La transformation subite au deuxième jour de l'état de mal convulsif en un état de mal agité;

2° L'inefficacité du bromure dans ces accidents graves;

3° Une relation possible entre la lithiase biliaire et l'état de mal.

Chauffard a vu la mort subite chez un individu dont la vésicule hépatique était bourrée de calculs. D'autre part, nous connaissons l'influence de certaines excitations (plaies, fractures, ligatures de membres, vers intestinaux, etc., etc.) sur le paroxysme comitial et sur les convulsions en général. L'influence réflexe peut-être de la lithiase peut avoir joué un certain rôle chez cette malade.

Observation X

(Damaye)

B... Rosalie, ménagère, entrée à Bailleul le 16 mars 1912, à l'âge de 29 ans. Parents morts entre 44 et 52 ans, n'ont jamais été internés, mais étaient fréquemment « pris de la tête » au dire du mari. Trois frères étaient dans les mê-

mes conditions. La malade a reçu une instruction primaire, s'est mariée en 1905: deux enfants, dont l'aîné à 5 ans. Pas d'éthylisme. Début des troubles mentaux quatre mois avant l'internement. La malade avait déjà des crises à l'époque de son mariage, mais rarement. Depuis trois ans, les crises sont devenues plus fréquentes, une ou deux par mois. Depuis quatre mois, plus grande fréquence encore, deux ou trois par semaine et, de plus, des troubles mentaux. B... se néglige et néglige ses enfants, ne fait plus son ménage, ne se lave plus, se met parfois dans de grandes colères, cherche à frapper avec tout ce qui lui tombe sous la main. A brûlé son linge plusieurs fois: l'allumait après avoir versé dessus du pétrole.

18 mars 1912. — « Profonde obtusion intellectuelle avec hébétude, perte des notions de temps et lieu, désorientation. Caractère irritable. Nombreuses cicatrices de brûlures. Réflexes rotuliens exagérés. Asymétrie cranio-faciale. » (Docteur Maupaté.)

30 mars. — Quatre crises convulsives depuis son arrivée. Obtusion intellectuelle habituelle.

24 mai. — Ne s'occupant jamais; fréquemment excitée. Une douzaine de crises environ par mois.

Le 28 juillet, elle tombe dans un état d'agitation obtuse intense; elle avait eu, la veille, trois crises convulsives.

Etat semblable à un *delirium tremens*. Langue rôtie. Pouls fort. Peau brûlante. Agitation continuelle et état spastique du système musculaire. Visage congestionné.

A noter une éruption assez abondante de petits furoncles, au visage seulement, apparue le 27 au soir, B... n'avait pas pris de bromure depuis son arrivée. Comme la malade avalait encore, je prescrivis 5 grammes de chloral

en potion dans 250 grammes d'eau sucrée et un lavement purgatif.

29 juillet. — Même état exactement. La malade avale bien le lait. Le lavement purgatif n'a pas été rendu et est demeuré sans effet. (Spasme des sphincters ou des muscles intestinaux.) Même potion chloralée.

30 juillet. — Même état. Un lavement glycériné reste sans aucun effet et n'est pas expulsé.

31 juillet. — La potion au chloral ne semble guère modifier la situation. Un lavement glycériné reste encore sans effet. Température prise à 6 heures du soir, 39°5. Mort à 2 heures du matin. Pas de convulsions avant la mort.

Nécropsie, douze heures après la mort. — Pas d'œdème des pieds ni d'escarres. Plèvres épaissies, adhérentes à la cage thoracique. Les deux poumons sont très congestionnés et œdématiés dans leurs deux tiers inférieurs. Pas de tuberculose pulmonaire, ni d'hépatisation. Cœur un peu surchargé de graisse, mou; pas de lésions valvulaires ni d'athérome. Dégénérescence graisseuse avancée du foie. Rate n'est pas augmentée de volume, teinte normale, mais déjà un peu diffluente. Rein droit plus petit que le gauche, par le fait d'une atrophie de ses deux substances. Ce rein droit a une teinte dégénérative assez accentuée; le cortex et la médullaire sont notablement diminués. Le rein gauche est moins atrophié, moins dégénéré que le droit, mais plus congestionné.

Aux deux reins, nombreuses adhérences de la capsule avec le cortex. La surface du rein droit est chagrinée, rétractée. Pas d'altérations macroscopiques des surrénales. Intestin grêle congestionné, sans autre lésion. A l'encéphale, la pie-mère n'est ni épaissie, ni adhérente au cortex. Les ventricules ne sont pas amplifiés. Environ 15 cen-

timètres cubes seulement de liquide dans le crâne. Le cerveau et la pie-mère ne sont pas congestionnés.

Histologiquement, le rein droit présente : sclérose d'un certain nombre de glomérules, aspect hyalin des parois artérielles, dégénération graisseuse et amyloïde diffuse et étendue dans les deux substances. Néphrite atrophique lente.

L'examen des fragments des frontales, pariétales, couche optique et bulbe, montre les lésions suivantes : pas de réaction de la pie-mère. Pas de pigment jaune des cellules nerveuses. Altérations d'un certain nombre de ces dernières, peu avancées en général. Eléments ronds très nombreux ; prédominance des formes moyennes, mais grande abondance aussi de petits granuleux se rapprochant plus ou moins des précédents et un grand nombre de grands clairs à granulations. C'est dans les couches profondes que le semis des éléments ronds atteint sa densité maxima.

En somme, surabondance de cellules névrogliques déjà bien anciennes, semble-t-il, avec quelques lésions peu avancées des cellules nerveuses. L'absence de renseignements sur le passé somatique de B... nous laisse dans l'incertitude au sujet des rapports de l'affection rénale avec le processus cérébral.

Le fait intéressant dans les constatations anatomiques chez B... est la néphrite atrophique lente avec dégénération hépatique avancée. B..., d'après les renseignements, avait une hérédité mentale ; ses crises comitiales sont anciennes, mais leur plus grande fréquence, depuis quelques mois, et l'apparition de troubles mentaux sont peut-être à rapprocher de l'évolution des lésions réno-hépatiques.

Un fait à noter également, dans les observations précédentes, que l'une comme l'autre présentaient toujours, en

temps ordinaire, une réaction de manie obnubilée à la suite de leurs séries de paroxysmes. Chez B..., l'obnubilation intellectuelle semblait passée à l'état chronique. Ce sont vraisemblablement les comitiaux à réaction maniaque fréquente et intense qui risqueraient surtout de tomber dans l'état de mal agité.

CHAPITRE IV

AGITATION ET DEPRESSION ALTERNEES

On sait que l'épilepsie, dans la sphère motrice, peut se traduire par de la convulsion.

Il en est de même dans l'ordre psychique où l'on peut avoir des phénomènes d'agitation maniaque ou de la dépression. Ces deux états, bien différents, peuvent cependant vivre côte à côte, et on les trouve réunis chez certains malades.

On y rencontre d'ordinaire trois périodes: agitation, calme, dépression. Ces périodes sont tantôt très longues et peuvent durer chacune des mois entiers, tantôt elles se mélangent, s'entrecroisent dans un laps de temps très court.

Pour Ardin-Delteil, cette folie à double forme est un véritable état de mal psychique, tantôt expansif, tantôt dépressif, avec des intermèdes de santé formant les rémissions.

Aussoleil en cite un exemple fort intéressant: « Sa malade, âgée de 30 ans, qui avait eu de grandes inégalités de caractère, tombe dans un état vésanique discontinu avec alternatives d'exacerbation et de rémission. »

On remarque, chez ce sujet, trois périodes: calme, affaissement, agitation. Le calme dure une ou deux semaines,

puis c'est la période de tristesse avec le l'apathie, sans amnésie. L'agitation survient ensuite brusquement et se traduit par des actes, des cris, des paroles incohérentes et dure assez longtemps. Quelquefois, la malade est atteinte d'attaques de haut mal devenant de plus en plus rares avec l'accentuation de l'accès mental.

Il faut encore citer ici les observations analogues à celles rapportées par Doutrebente et que nous donnons plus bas, dans lesquelles des malades, après plusieurs rechutes et une série d'alternance de crises d'agitation et de dépression, avec passage par la normale, finissent par faire des crises convulsives caractéristiques.

Aussi, cet auteur se demande si certaines formes de la psychose périodique ne sont pas autre chose que des phénomènes épileptiques. Fratini et Maggiotto ont étudié, à leur tour, cette question et se basent pour soutenir la thèse précédente sur la présence d'aura prodromique d'accès d'agitation.

Toujours est-il que ces accès d'agitation et de dépression alternés ne sont, pour ainsi dire, que le type plus durable de la forme élémentaire la plus simple de l'épilepsie larvée.

On constate, en effet, chez celles-ci l'existence à peu près permanente d'agitation et de dépression. Mais ici les phénomènes n'ont pas la même durée que dans les formes nettement alternantes où les malades passent par un état maniaque prolongé, puis par un état de stupeur prolongé lui aussi.

Observation XI

(Doutrebente, 83)

D.-J. A..., commis en nouveautés. Intelligence moyenne; très lent à prendre des déterminations, aimait la solitude.

Idées très religieuses, comme celles de son entourage. Il aurait eu des impulsions au mal, contre lesquelles il luttait, grâce aux pieux enseignements de sa famille.

En 1864, il s'isole davantage, devient irritable, violent; ses idées tournent à l'incohérence; il se met à détester ses parents, les injurie, les frappe en pleurant ou en riant aux éclats. Il entre à l'Asile de Blois où, jusqu'en 1880, il présente des accidents revêtant tous les caractères de la manie rémittente. En février 1880, folie circulaire, à accès courts et fréquents (six par an environ).

Dans une première période succédant à un état de calme, à une rémission, on le trouvait tout à coup hardi et hautain, gesticulant, parlant fort, chantant, en proie à un besoin incroyable de mouvements, il marchait rapidement dans le jardin, tournant toujours dans le même sens, de droite à gauche, hurlant toujours le même air, composé de quatre mesures.

Au bout de huit jours, l'agitation cesse brusquement; le malade tombe dans la stupeur, la deuxième période s'établit. C'est un changement à vue: mutisme absolu, immobilité en station debout, refus complet des aliments pendant huit ou dix jours. D... se décide généralement à manger quand on veut lui passer la sonde; il fait alors et progressivement quelques mouvements, cause quand on l'interroge, mange enfin seul et très abondamment. Pendant trois semaines, il montre une intelligence troublée, celle d'un maniaque non agité; il ne se rend pas compte de sa situation, mais il est capable de s'occuper à des travaux d'intérieur; il est d'ailleurs doux, calme, serviable, poli et facile à diriger.

Ces trois états différents se succèdent régulièrement; l'agitation éclate toujours brusquement pour faire place à la stupeur sans période accusée de transition. L'inter-

valle entre chaque accès à deux périodes a une durée variable; ce n'est pas une véritable intermission avec retour à la raison, c'est une simple amélioration passagère des troubles de l'entendement. Le besoin impérieux, subit, de marche et de mouvements instinctifs de rotation, l'émission de sons musicaux, toujours identiques à eux-mêmes, avaient frappé notre attention, et plusieurs fois l'idée nous était venue que D... pourrait bien être un épileptique larvé; malgré cela, je n'osais croire à la véracité de cette opinion quand le surveillant en chef vint me prévenir, le 6 juillet 1881, que D... venait d'avoir un violent accès d'épilepsie. Il en fut de même le 7, le 8, le 13 du même mois, et à partir de ce moment, des accès d'épilepsie convulsive se reproduisirent régulièrement tous les mois. Notre diagnostic avait été pleinement confirmé.

CHAPITRE VI

I. — Agitation pré-paroxystique

Tout médecin ou interne d'asile, tout infirmier même est capable de déceler, à première vue, ces signes avant-coureurs qui précèdent et annoncent les attaques de certains épileptiques. Habitués à suivre de près cette sorte de malades, ils ne se trompent pour ainsi dire jamais, reconnaissant, à la série des phénomènes qui se déroulent d'une façon toujours constante, l'approche de l'ictus épileptique. L'expérience permet, en effet, de remarquer que, quelques jours ou quelques heures avant les attaques, on voit les épileptiques s'agiter, s'irriter ou devenir méchants, dangereux ou violents.

Du reste, le caractère épileptique présente tous ces défauts, mais, pendant l'attaque, cette irritabilité, cette méchanceté, cette violence sont terriblement augmentées. Il y a exagération de l'état moral permanent dans lequel se trouve l'épileptique, aussi peut-on remarquer encore de la joie excessive, de l'excitation intellectuelle lui donnant l'aspect complet du maniaque. Aussi, à l'apparition de ces phénomènes non trompeurs, nos infirmiers d'asile prennent toutes les précautions pour que l'attaque se produise dans des conditions sauvegardant le plus possible l'intégrité physique des malades.

A côté de ces troubles prodromiques plus ou moins éloignés de l'accès, il faut encore considérer les auras psychiques précédant immédiatement l'accès, les auras hallucinatoires agissent surtout sur la vue, se reproduisant toujours de la même façon, et il arrive que certains épileptiques psychiques, reconnaissant en elles les signes avant-coureurs de l'accès, essaient de se garer de la chute imminente, ou demandent une médication capable d'enrayer l'accès.

Ainsi, nous possédons, à l'Asile d'aliénés de Pierrefeu, un nommé D..., bon travailleur champêtre, qui, lorsqu'il a de hallucinations visuelles, demande l'alitement et une médication bromurée. C'est bien rare si, quelques heures après, il n'est pas en pleine crise. Les attaques ne l'ont jamais surpris et il a toujours eu le temps de prendre les précautions nécessaires pour éviter la chute.

II. — Agitation post-paroxystique

Après l'attaque, quelle qu'ait été sa forme (convulsive, vertigineuse...), on observe un état d'hébétude ou de torpeur passagère. Au sortir du stertor, le malade semble s'évader d'un long sommeil, son regard est vague, il n'a pas conscience de ce qu'il lui est advenu et ne se souvient pour ainsi dire de rien; on remarque de l'affaiblissement musculaire, de la dépression de tout l'être. Cet état disparaît graduellement et, comme le dit M. Euzière, dans son travail (*Epilepsie et Manie*), la restauration des forces dépasse le but, et ainsi se réalise un état d'hyperesthésie qui traduit sa présence par de l'agitation maniaque. Cette agitation peut se présenter sous toutes les formes que nous avons étudiées précédemment et surtout se traduire par

de la fureur épileptique, mais la manie, dans ce cas-là, ressemble davantage à la manie ordinaire épileptique, c'est-à-dire qu'elle débute moins brusquement, met plus de temps à atteindre son maximum et est surtout précédée, comme nous venons de le dire, par une période dépressive, période qui, d'habitude, précède toujours la manie ordinaire.

Ricci a remarqué que ces crises maniaques post-convulsives proviennent surtout chez les sujets prédisposés à la manie, et la preuve en serait que si la névrose convulsive s'améliore, ces malades pourront paraître guéris, mais « une autre cause peut facilement déterminer chez eux des manifestations de la manie qui fait le fond de leur hérédité ».

III. — Agitation indépendante des attaques

Malgré la disparition des phénomènes convulsifs, on peut trouver, chez les épileptiques, une agitation indépendante de leurs attaques. Au début, cette agitation se répète avec les accès, mais ne disparaît pas complètement avec eux, elle laisse chaque fois, pour ainsi dire, un résidu maniaque qui, venant s'ajouter aux précédents, la fait installer par à-coups chez le sujet atteint, jusqu'au jour, où, les attaques disparues, l'épileptique est devenu un véritable maniaque. La manie ici n'est qu'une aggravation de la névrose qui vieillit, et il ne s'agit pas, dans ces cas particuliers, d'un maniaque devenu épileptique, mais, au contraire, d'un épileptique devenu maniaque.

TROISIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des accès de manie, équivalents psychiques de l'épilepsie, lorsqu'ils se présentent indépendamment des accès convulsifs, présente parfois les plus grandes difficultés. Leur véritable origine peut être méconnue, car les caractères qui leur sont propres n'apparaissent pas toujours dans la pratique avec un relief suffisant, et ils se retrouvent, pour la plupart, dans des syndromes psychiques similaires étrangers au mal comitial.

Le problème du diagnostic est très important au point de vue médecine légale, pour établir le degré de responsabilité de certains criminels.

Comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, on peut avoir des accès maniaques sans le moindre accident convulsif dans le passé, le présent ou l'avenir, ou bien ces équivalents peuvent être combinés avec des crises convulsives. Dans ce cas, l'épilepsie est facile à déceler; ce qui l'est moins, c'est de savoir si ces accidents anor-

maux sont des troubles tributaires de la névrose sacrée, ou si ce sont seulement des éléments surajoutés à l'épilepsie et n'ayant aucun rapport avec elle. En un mot, avons-nous affaire à des équivalents psychiques ou à une affection parallèle et sans contact avec l'épilepsie.

Deux méthodes ont été préconisées pour assurer le diagnostic. La première, appelée *méthode subjective,* base ses appréciations sur l'étude d'éléments communs à l'épilepsie et à d'autres formes morbides, cette méthode dépiste difficilement la simulation, car les symptômes qu'elle étudie se prêtent, au contraire, à cette simulation.

La deuxième, la *méthode objective,* permet une démonstration directe de l'épilepsie, elle analyse les caractères spécifiques de cette maladie qui ne laissent aucun doute et qui sont réfractaires à la simulation.

La première méthode est une méthode de probabilité; la seconde, une méthode de certitude.

Méthode subjective. — L'enquête du docteur devra porter sur l'hérédité du sujet, en songeant toutefois que les antécédents héréditaires sont, dans ce cas-là, fort sujets à erreur, car si l'on trouve que le maniaque épileptique a une hérédité particulière, faite d'hérédité mentale, nerveuse ou alcoolique, on peut trouver des comitiaux n'ayant aucune de ces tares prédisposantes.

Il faudra aussi rechercher la prédisposition du malade, son caractère épileptique. Mais n'y a-t-il pas aussi, chez les dégénérés, les mêmes bizarreries, caprices, instabilité, irritabilité de caractère, que chez les épileptiques? Enfin, les altérations du sens moral, de l'intelligence, les stigmates physiques devront être examinés.

Dans notre cas particulier, il sera nécessaire de différencier la manie ordinaire de la manie épileptique. Cette dernière débute brusquement et atteint d'emblée son maxi-

mum de développement. La manie ordinaire s'établit graduellement, elle est précédée d'un état de dépression mélancolique. L'épileptique maniaque présente un délire monotone, il répète sans cesse les mêmes mots, répond à propos aux questions à lui posées; il paraît raisonner, il est sujet à des hallucinations terrifiantes, il revient à lui brusquement. Le maniaque vulgaire n'a pas d'hallucination, son délire et ses paroles sont variés, il ne peut répondre aux questions; enfin, revenu à l'état normal, il se souvient exactement des faits et des gestes qu'il a accomplis durant son accès, alors que l'épileptique ne garde plus qu'un souvenir estompé ou disparu.

Nous pouvons aussi confondre la manie furieuse avec certains délires alcooliques, et cela d'autant plus facilement que beaucoup d'épileptiques sont alcooliques. Nous y trouvons, dans les deux cas, les mêmes hallucinations terrifiantes, mais, après le délire alcoolique, l'oubli n'est pas complet et si le malade frappe et tue quelquefois, il ne le fait pas avec la méchanceté et l'acharnement des épileptiques.

Une forme d'excitation suraiguë, appelée manie transitoire, a été, par certains auteurs comme Leidesdorf, Karfft Ebing, Verga, Gonzales et autres, différenciée de la manie épileptique. Pour ces psychiâtres, elle est constituée par de courts accès de manie qui, brusquement, éclatent au milieu de la santé la plus parfaite et sont caractérisés par une tendance aux actions violentes, par leur brièveté, par l'amnésie et l'absence fréquente de récidive. Mais on a aujourd'hui admis que certaines de ces attaques de manie transitoire peuvent se prolonger pendant plusieurs jours, récidiver plusieurs fois, et on est, dans ces cas, en présence d'une certaine forme de manie épileptique.

On voit, par tout ce qui précède, que l'on peut, dans

bien des cas, faire un diagnostic; la nature des actes, la répétition identique des accès, la similitude de leurs évolutions (soudaineté, violence, amnésie) sont des caractères très significatifs. La différence entre la manie ordinaire et la manie épileptique est assez sensible pour ne pas tromper un œil exercé.

Mais ce sont là des éléments de probabilité et non de certitude. Dans l'hypothèse d'une manie épileptique chez un sujet averti, l'erreur est toujours possible. Il ne suffit même pas d'assister à un accès pour en assurer la sincérité; l'exemple de Calmeil, simulant une attaque en présence d'Esquirol, est là pour le prouver. Il est probable que le malade que l'on a à examiner est un maniaque comitial, mais rien ne le prouve, et c'est seulement la méthode objective qui donnera au diagnostic la certitude nécessaire.

Méthode objective. — Cette méthode consiste à rechercher, dans l'organisme, des modifications fonctionnelles qui sont constantes dans l'épilepsie.

MM. Mairet, Féré, Lépine, etc. ont, tour à tour, étudié l'élimination de l'acide phosphorique chez l'homme sain, et, chez l'épileptique, l'état des phosphates terreux et alcalins, l'albuminurie succédant aux accès.

MM. Mairet, Bosc et Vires ont examiné la toxicité des urines dans l'épilepsie et ont établi l'existence de modifications importantes de la température au cours des accès psychiques d'épilepsie.

Si, en nous servant des données, nous les appliquions aux maniaques épileptiques, nous verrions qu'elles peuvent être d'un grand secours et déceler certainement la présence d'un mal comitial.

A la suite d'une crise de manie furieuse épileptique, on

constate des modifications dans les échanges organiques, la toxicité de l'urine et la marche de la température générale.

1° *Modification dans les échanges organiques.* — La fureur épileptique augmente ces échanges, l'azote et les phosphates éliminés par les urines sont augmentés. Il en est de même pour l'urée.

Les phosphates sont en excès, surtout les phosphates terreux et alcalins. Ainsi M. Mairet a montré que le rapport normal, qui est de 33 0/0, passe à 55 0/0 au moment des crises.

Enfin, on a trouvé qu'après les accès il existait de l'albuminurie passagère et de quantité variable, mais constante, chez les mêmes malades (Voisin et Péron).

2° *Modification de la toxicité de l'urine.* — La crise épileptique diminue, en général, la toxicité de l'urine, et alors qu'avant l'accès 80 cc. d'urine sont nécessaires pour tuer un lapin, il en faut 220 cc. après l'accès.

3° *Modification de la température générale.* — Il y a, au moment des accès de manie épileptique, une modification de température qui se manifeste tantôt par de l'abaissement (rare), mais surtout par de l'élévation; à la fin de l'accès, on remarque une tendance au retour à la normale, quel que soit le résultat final, élévation ou abaissement. A ce moment, la température ne reste que très rarement au-dessous de la normale, mais s'élève, au contraire, pour donner une réaction dont le résultat, comme l'indiquent MM. Mairet et Bosc, est une augmentation de la température moyenne.

Dans certains cas où l'on ne peut assister à ce développement ou à la terminaison de la crise, les études de MM.

Mairet et Vires ont permis d'émettre le principe suivant qui paraît indiscutable.

« L'hypotoxicité urinaire est constante dans l'épilepsie, elle existe en dehors de toute attaque, elle est donc bien fonction de la névrose, et en constitue un stigmate permanent. »

Cette même hypotoxicité se rencontre chez les hystériques, mais alors que, chez les hystériques, il y a diminution de l'azote et du phosphore des urines, il y a, chez les épileptiques, comme nous l'avons vu plus haut, augmentation des mêmes éléments.

Ces différents moyens nous permettront de reconnaître si un malade, atteint d'accès de manie, est un épileptique larvé, ou si ces troubles sont indépendants de l'épilepsie et ne sont qu'une affection mentale surajoutée. La dernière méthode surtout permettra d'éviter toute fraude et toute simulation.

Nous allons présenter quelques observations dans lesquelles le diagnostic de début a été ensuite confirmé par l'évolution même de la maladie.

Observation XII

(Mairet et Vires)

A... est un homme de 25 ans, sur lequel nous ne possédons aucun renseignement lors de son entrée dans notre service. C'est un imbécile, à caractère irritable, agressif, rageur, et qui a, comme le précédent, des accès d'agitation. Ces accès s'accompagnent d'égarement intellectuel très marqué et d'offensibilité.

Cette manière d'être du malade nous fait, ici encore, penser à l'épilepsie larvée. L'examen de l'urine, fait en

dehors des accès d'agitation, nous révèle une hypotoxicité de 200, 220, 250 centimètres cubes; or, des renseignements recueillis plus tard nous indiquent:

a) Que cet homme, dès l'âge de 15 mois, avait des accès de rage qui lui faisaient égratigner le sein de sa mère; qu'il s'est toujours montré d'une violence extrême et que, s'il n'a pas eu d'attaques convulsives, il a eu, dans le courant de sa vie, quelques vertiges.

b) Qu'il est le fils d'un père alcoolique, qui était en état d'ivresse au moment de la fécondation, et il est démontré que l'alcoolisme des ascendants est, dans ces conditions, une cause d'épilepsie chez le descendant.

Observation XIII

(Mairet et Vires)

P... est un homme de 22 ans, atteint d'imbécillité. Il s'est toujours montré vif, emporté, indiscipliné, et depuis son jeune âge est poussé à vagabonder. Il ne peut rester en place, va d'une ville à l'autre. Il y a quelques mois, de l'agitation s'est manifestée chez lui, et on a dû l'amener dans notre service. Là, nous constatons une agitation qui revient par accès, avec irritabilité et offensibilité. Ces caractères nous font penser à l'existence d'une épilepsie larvée. Cependant, les renseignements qui nous sont fournis par les parents, sont absolument négatifs au point de vue de cette névrose. Pas d'attaques, pas de vertiges, pas même de convulsions dans l'enfance. Comme hérédité, pas d'hérédité épileptique; le père seul est alcoolique.

Nous examinons les urines de cet homme pendant les périodes de calme; elles sont nettement hypotoxiques. Il faut 140, 200, 250, 350 centimètres cubes pour tuer un kilo-

gramme de lapin. Ce dernier symptôme nous fait incliner davantage encore vers l'idée d'épilepsie, et, pour nous confirmer dans ce diagnostic, quelques semaines après, nous assistons à deux attaques d'épilepsie classique.

Le diagnostic, surtout basé dans ce cas sur l'hypotoxicité urinaire, s'est donc trouvé pleinement confirmé.

Observation XIV

(Communiquée par M. le professeur Mairet)

Marie B..., 46 ans, domestique.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique; mort à l'hôpital à 48 ans, après avoir craché du sang pendant quelque temps. Mère aurait eu des attaques convulsives au moment de l'âge critique. Il lui semblait toujours que quelqu'un lui courait après. Elle a eu des crises de délire au cours desquelles elle voulait toujours se tuer. Internée à Montdevergues en 1867, elle y serait morte d'un cancer au sein. Ni attaques, ni aliénation mentale du côté paternel. A fait deux séjours à l'Asile de Montpellier.

Antécédents personnels. — Quand elle était jeune, a eu du mal à la tête; sa mère lui mettait des vésicatoires pour le lui faire passer. Lors de sa première menstruation, elle a eu un érysipèle. Il y a cinq ou six ans, elle a été fatiguée à Avignon et a dû garder le lit pendant une semaine pour se reposer. Elle n'a pas eu de fièvre. Elle n'a jamais eu de convulsions.

Premier séjour. — Amenée à l'asile comme atteinte de lypémanie avec délire de persécution, elle se présente dans un état d'agitation et d'égarement assez marqué; elle se déshabillait, jetait ses effets de tous côtés, après les avoir déchirés, et refusait toute nourriture. Cet état a duré deux

ou trois jours et a fait place à une période de calme, pendant laquelle la malade est peu à peu revenue à elle et a ressaisi une partie de ses souvenirs. « Elle ne sait pas pourquoi on l'a amenée ici ; elle a dû avoir quelque chose ; une crise de nerfs peut-être, mais ce n'était pas de la folie ; cela ne lui aurait pas si vite passé. » Quelques jours plus tard, elle se rappelle que, la veille de son internement, elle a fait son travail comme à l'ordinaire. Elle se souvient qu'elle était devenue triste, pensive, chagrine, oublieuse de bien des choses.

Elle pense néanmoins que son maître a eu une drôle d'idée de la faire mettre à l'asile. Sa maîtresse la détestait, ne pouvait la voir, la regardant comme sa bête noire. Mais elle ne pensait pas que personne lui en voulût, ni la tracassât.

Elle se rappelle maintenant qu'elle est entrée à l'asile il y a à peu près quinze jours.

Peu à peu, les idées lui reviennent et, progressivement, la malade rentre dans un état normal. Elle sort rétablie le 25 février 1898 après un séjour de trente-cinq jours à l'asile.

Deuxième séjour. — Environ trois mois après sa sortie, la malade est ramenée à l'asile, le 17 mai 1898, toute égarée, incapable de se rendre compte de ce qu'elle a. Son internement a été motivé par une violente crise d'agitation qu'elle aurait eue au dehors, et dont l'état d'étonnement cérébral actuel paraît n'être que le contre-coup. La première nuit de son séjour à l'asile, elle parlait avec incohérence, elle s'entourait de couvertures, retournait son lit sur elle, se mettait nue entièrement. Elle était très agitée, appelait l'infirmière : « Chut ! Chut ! ». Malgré son égarement, très marqué à ce moment, elle ne souffrait pas de la tête, ne semblait pas avoir de perversions sensoriel-

les. Elle entend cependant « comme un petit ruisseau qui coule ». Elle reste ainsi deux, trois jours, surexcitée, parlant beaucoup la nuit, très affaissée durant la journée.

Puis, comme la première fois, l'éclaircissement de ses idées se fait peu à peu, le calme revient.

Le 21 mai, questionnée sur ce qui s'est passé, elle se souvient que ses idées se sont obscurcies, qu'elle a perdu comme le souvenir et la mémoire et que, petit à petit, la conscience lui a échappé. Elle ignore si, oui ou non, elle s'est agitée.

Elle a eu la même chose au mois de janvier.

Elle a dû avoir des idées de suicide; elle se couchait sous son lit, puis soulevait celui-ci pour laisser retomber le pied sur son ventre, elle s'entourait le cou de ficelles.

Le 1er juin, la malade est à peu près calme. Toujours triste, elle dit ne souffrir de rien, n'avoir aucune idée anormale. Interrogée, elle ne se souvient que d'une façon très incomplète de l'accès d'agitation qui a nécessité son admission dans l'établissement. Elle se souvient d'avoir été placée d'abord dans une salle de l'Hôpital Général; mais elle ne sait pas ce qu'elle y a fait; pour venir ici, elle est descendue par un grand escalier. Les phénomènes présentés par la malade, rapprochés de ceux observés lors de son premier séjour, où elle ne se rappelait plus ce qu'elle avait eu, cette perte du souvenir se reproduisant à nouveau, amènent à penser qu'on se trouve en présence d'une épilepsie larvée.

Les accidents actuels, cette agitation suivie de dépression, d'égarement, de perte du souvenir et de la conscience; l'hérédité de la malade, dont la mère a eu des crises convulsives avec un délire lypémaniaque à tendances suicidiques, dont le père était alcoolique, tout parle en faveur d'une épilepsie psychique.

Le 29 mai, en pleine période d'accalmie, on examine la toxicité des urines.

Quantité d'urine émise en vingt-quatre heures, 1.050 cc.; un lapin de 3.525 grammes reçoit 590 centimètres cubes, soit un coefficient de 167 kilogrammes du poids du corps. A 100 centimètres cubes, l'animal en expérience présente du myosis. A 300 centimètres cubes survient de la somnolence, coupée à 530 par une violente attaque convulsive.

Le 1er juin, contre-expérience.

Quantité d'urine émise en vingt-quatre heures, 1.740 cc.; un lapin de 1.480 grammes reçoit 325 centimètres cubes sans que la mort survienne. Il a reçu cependant 220 centimètres cubes par kilogramme. Cinq heures après l'injection, il vit encore, avec de la parésie des membres inférieurs et du ralentissement des mouvements respiratoires. On a noté, à 100 centimètres cubes, un myosis de plus en plus accentué, et, à 150 centimètres cubes, des contractions spasmodiques.

Cette hypotoxicité est encore plus marquée que la première fois. Pour avoir le même coefficient 160, que la première fois, il aurait suffi de 280 centimètres cubes environ. Or, on est arrivé à 325, sans obtenir la mort. L'hypotoxicité manifeste permet de conclure à l'épilepsie larvée.

A côté de ces trois observations positives, nous croyons utile de passer à l'examen d'un cas qui aurait pu être de la manie épileptique, mais que la recherche du syndrome objectif a fait rejeter. L'évolution ultérieure a d'ailleurs confirmé cette manière de voir.

Observation XV

(Communiquée par M. le professeur Mairet)

M. X... Antécédents héréditaires : très chargés. L'ascendant direct immédiat de ce malade a présenté une crise d'aliénation mentale. Des troubles vésaniques ont été observés chez différents membres de la famille.

Le malade a présenté lui-même, brusquement, à un moment donné, une violente crise d'agitation, au cours de laquelle on a pu constater un éréthisme vasculaire très marqué, avec congestion violente.

On s'est demandé, en présence des caractères présentés par les actes de ce malade et par les autres symptômes observés, si l'on ne se trouvait pas en présence d'un cas d'épilepsie larvée.

La recherche de l'hypotoxicité urinaire, faite en temps opportun, a été entièrement négative et a permis de rejeter le diagnostic d'épilepsie.

L'évolution ultérieure de la maladie est venue démontrer le bien fondé de cette affirmation. On a assisté au développement d'une lypémanie, avec prédominance d'idées de changement de la personnalité.

Mais l'épilepsie étant reconnue, il reste encore à rechercher si le prévenu était bien sous le coup d'un paroxysme au moment où l'action criminelle ou délictueuse a été commise, car, on le conçoit aisément, un épileptique avéré peut commettre, en pleine conscience, en dehors de tout paroxysme mental, un acte coupable et évoquer ensuite son

mal afin d'éviter la responsabilité, pénale ou civile, qu'il a encourue. Ce sera la tâche du médecin légiste et ce sera l'étude de la médecine légale appliquée aux accès de manie épileptique qui constituera le dernier chapitre de notre travail.

CHAPITRE II

MEDECINE LEGALE

Le premier devoir d'un médecin, lorsqu'il rencontrera dans sa clientèle un maniaque d'origine épileptique dont il aura assuré le diagnostic par les méthodes que nous avons indiquées plus haut, sera de prendre la précaution de rédiger un certificat attestant la maladie et que l'on pourra présenter à la justice si c'est nécessaire.

La famille accepte difficilement cette preuve de la tare d'un de ses membres et, pourtant, comme le dit Legrand du Saulle, cette simple attestation peut sauver un malade et l'honneur de tous les siens. Legrand du Saulle voudrait même que ce certificat soit légalisé et que le malade en possède sur lui un double, qui attirerait immédiatement, sur l'acte délictueux qu'il commettrait, l'œil bienveillant de la justice.

Cela ne suffit pas cependant pour innocenter et déclarer irresponsable un criminel. Bien loin de là ; celui-ci peut avoir agi en dehors de toute atteinte épileptique et être absolument responsable de son acte, car nous savons que si l'épilepsie peut ôter à une personne son libre arbitre, elle peut aussi la laisser complètement indemne et saine d'esprit.

L'article 64 du Code pénal : « Il n'y a ni crime ni délit

si le prévenu était en démence au moment de l'action », est très libéral, il permet aux magistrats de soulager facilement leur conscience, mais encore faut-il que les médecins chargés de l'expertise aient pu démontrer d'abord, par le diagnostic, que l'on se trouve en présence d'une épilepsie larvée, et, en second lieu, jusqu'à quel point le malade peut avoir engagé sa responsabilité dans l'acte qu'il a commis.

Il nous faut considérer si l'acte délictueux a été commis dans l'intervalle ou le voisinage d'un accès ou dans l'accès lui-même.

1° *Responsabilité dans l'intervalle des accès.* — Dans ce cas-là, l'épileptique est souvent considéré comme sain d'esprit, mais cette idée générale peut être modifiée, on peut aussi reconnaître qu'il est pourvu d'un tempérament spécial peu capable de prévoir, de réfléchir ou de se refréner, et ce tempérament est dû souvent au dégoût que sa maladie inspire à son entourage, surtout s'il a des crises qui le font repousser par ses camarades et renvoyer par son patron qui connaît par trop la loi sur les accidents du travail. Il peut alors arriver que le malade se laisse aller à des colères excessives sous l'influence desquelles il commettra des actes de violence.

Il se produit ceci, que, sous l'effet d'attaques nombreuses et consécutives, le malade soit complètement en état de démence. Donc, trois sortes d'états :

a) Les facultés mentales sont intactes et l'irresponsabilité est complète.

b) Le sujet a un caractère épileptique reconnu. Il agit avec discernement et volonté, ses accès sont rares, le crime est le résultat d'un calcul longuement mûri, la responsabilité entière existe.

Mais l'irritabilité de caractère, qui est à peine marquée

précédemment, peut constituer aussi un véritable état démentiel dans lequel on doit se demander si l'on n'a pas affaire à un malade dont la responsabilité est atténuée.

Enfin, *c*) les facultés mentales sont profondément atteintes, nous n'avons plus devant nous qu'un imbécile sans responsabilité aucune.

2° *Responsabilité au voisinage des accès.* — Les accès épileptiques sont généralement précédés et suivis d'états appelés « pré et post-paroxystiques » qui sont une sorte d'intermédiaire entre le caractère épileptique du malade et l'acte paroxystique. On remarque dans ces états une recrudescence de l'irritabilité du caractère, et un déchaînement plus marqué des passions pouvant amener le sujet à commettre des actes criminels.

Le point délicat consiste dans ce cas à trouver les limites exactes de ces états. Cette délimitation est, en effet, très difficile à faire, puisque les états pré et post-paroxystiques peuvent varier à l'infini. Il faudra donc étudier leurs variations ordinaires de durée et rechercher s'il y avait prédominance de la raison sur la passion maladive ou vice versa. Sans admettre, avec Zachias, que tout épileptique doit être déclaré irresponsable trois jours avant et après l'accès, l'expert pourra conclure à la responsabilité complète ou atténuée, si les périodes pré et post-paroxystiques font défaut, et, au contraire, à l'irresponsabilité absolue, si ces états sont nettement marqués et reconnus.

3° *Responsabilité pendant les accès.* — L'expert devra ici rechercher si l'acte commis fait partie du délire habituel de tel malade, et s'il a été commis en état de délire.

Comme le dit, en effet, Ardin-Delteil: « Chaque épilep-

tique a, en vertu de la répétition photographique de ses actes criminels, une criminalité propre à laquelle il ne peut se soustraire. » Legrand du Saulle, interpellé à propos d'un malade accusé d'attentat à la pudeur et pour l'irresponsabilité complète duquel il plaidait, se vit objecter que c'était un excellent comptable (c'est-à-dire un homme jouissant de ses facultés morales), et le grand criminaliste répondit: « Le vol ne fait pas partie de sa criminalité maladive, si ce malade avait seulement détourné dix sous, je dirais qu'il est un voleur. »

On devra donc rechercher si l'acte incriminé fait partie de la criminalité du malade.

Il faudra aussi savoir si c'est sous l'influence du délire que l'acte a été accompli, si l'on a véritablement affaire à un équivalent psycho-épileptique. L'étude que nous avons faite des équivalents, dans notre premier chapitre, nous permettra de les reconnaître à leur soudaineté, à leur impulsivité, à leur répétition exacte.

Enfin, le diagnostic éclairera définitivement notre religion, s'il nous est permis de trouver de l'albuminurie post-paroxystique, de l'hypotoxicité urinaire après l'accès, de l'augmentation de l'élimination des phosphates et de l'urée, et des variations de température.

En résumé, devrons-nous considérer l'épileptique comme irresponsable de tous les actes commis pendant ses crises? Au point de vue moral, oui; mais, au point de vue social, il faut souvent penser autrement. L'épileptique a droit à toute notre pitié; mais s'il est permis, comme le dit Vigouroux, d'être malade, il n'est pas permis de faire supporter aux autres les conséquences de sa maladie.

Aussi si le médecin expert conclut à l'irresponsabilité atténuée ou complète du criminel qu'il reconnaît épileptique, il sera dès lors nécessaire que la séquestration suive tout acte délictueux ou criminel commis involontairement

par un épileptique. L'épileptique est un véritable aliéné et doit être mis, par l'internement, dans l'impossibilité de nuire.

Doit-on pour cela séquestrer définitivement les malades? Non, certes, car la séquestration perpétuelle est absolument arbitraire, surtout si le malade ne présente, depuis son entrée à l'asile, aucun phénomène vésanique. L'expert doit demander à la justice un internement dont il ne fixera pas la durée, laissant ici aux médecins aliénistes la possibilité de rendre à la liberté les malades qui leur auront été confiés. Eux seuls, en effet, en suivant chaque jour l'évolution pathologique des sujets dont ils auront la garde, seront seuls aptes à décider s'ils doivent quitter l'établissement hospitalier sans danger pour la société.

D'habitude, les médecins d'asile gardent les aliénés épileptiques criminels en observation pendant un temps assez long et cette durée de l'observation sera d'ordinaire proportionnée au délit commis. Après une simple peccadille délictueuse, l'aliéniste, si le malade paraît revenu à la normale, n'hésitera pas à lui redonner rapidement la liberté, si, au contraire, on a affaire à un criminel dangereux, il faudra tenir compte, même l'épileptique étant très amélioré, de l'effet déplorable produit dans la société par le retour rapide de celui que la foule, non instruite, considère comme un criminel, et nous avons pu constater deux fois, par expérience personnelle, que des aliénés, ayant commis un crime par accès épileptique, et renvoyés trop rapidement dans leurs foyers, ont été impitoyablement lynchés par les habitants de leur village qui n'ont pas compris que c'était des malades en convalescence qui regagnaient leur domicile.

Il est cependant terrible, pour les épileptiques ayant des moments de lucidité pouvant durer des heures, des jours,

des mois, de vivre en promiscuité complète avec des aliénés ordinaires, aussi a-t-on pensé de créer des asiles spéciaux réservés aux aliénés criminels, à l'exclusion de tous les autres. L'Angleterre a été la première à construire ces sortes d'hôpitaux. On n'a pu encore réaliser définitivement cette idée. Les épileptiques sont d'une surveillance difficile ; conspirant sans cesse et avec adresse, ils sont les auteurs d'accidents et de meurtres sur leurs camarades ou sur le personnel infirmier, ils cherchent sans cesse à s'évader. Le recrutement des gardiens est, par suite, très difficile. Aussi s'est-on contenté, pour le moment, de créer, dans nos asiles départementaux, des quartiers qui sont spécialement réservés aux épileptiques criminels, et beaucoup de médecins chefs actuels sont d'avis de mélanger, malgré tout, ces malades avec les autres. Perdus dans la foule inconsciente des déments, des paralytiques généraux, des séniles, il leur est moins facile de mettre à exécution leurs terribles projets morbides.

Nous donnons ci-après trois rapports d'expertise différents, ayant conclu à l'irresponsabilité, à la responsabilité atténuée et à la responsabilité complète.

Observation XVI

Coups et blessures ayant occasionné la mort. Epilepsie alléguée. Discussion. Responsabilité.

Camille F..., âgé de 22 ans, est inculpé de coups et blessures ayant occasionné la mort. Le 27 mai dernier, sa maîtresse, Anne D... s'étant, pour se soustraire à des demandes d'argent trop répétées, réfugiée chez sa mère, il avait été l'y retrouver et, comme une fois de plus, elle repoussait ses sollicitations et lui disait qu'elle était lasse de

l'entretenir depuis dix-huit mois, il s'était jeté sur elle et l'avait frappée de trois coups de couteau. F... reconnaît le fait, mais prétend que la discussion entre sa maîtresse et lui, discussion causée, dit-il, par la jalousie et non par une question d'argent, se serait sans doute terminée pacifiquement, si la mère et la sœur de la victime, prenant parti pour elle, n'étaient inopportunément intervenues. Il déclare, en outre, que, sujet à des attaques convulsives, il est exposé à des accès de fureur qu'il est incapable de dominer.

F... est un grand garçon, solide, vigoureux et qui jouirait d'une santé parfaite s'il n'était, comme il le dit, sujet à des accidents épileptiques.

L'affection paraît dater de l'enfance, car, s'il n'a eu sa première attaque nettement constatée qu'à l'âge de 15 ans, il urinait au lit depuis son enfance, ce qui donne à croire qu'il a eu de tout temps des attaques nocturnes. Ses crises convulsives répondent absolument au type classique: il y a chute brusque avec perte de connaissance; il se blesse dans cette chute à la face et aux mains, sa bouche se remplit d'une bave sanguinolente, enfin, l'attaque terminée, il se réveille tout abattu et, pendant un certain temps, il demeure peu conscient de ses actes. Il a, par mois, deux ou trois de ces crises généralement provoquées, dit-il, par des contrariétés. Il reconnaît toutefois que le vin blanc, auquel il s'adonne volontiers et dont il boit plus que de raison, ne serait pas sans influence sur la fréquence de ses attaques. Il sent fort bien que ce vin l'excite et, cependant, il y ajoute encore l'influence de l'absinthe dont il fait usage de temps à autre. L'affection convulsive dont est atteint l'inculpé est-elle de nature à faire de lui un irresponsable? C'est ici le seul point à examiner.

L'épilepsie ne donne des droits à l'irresponsabilité que

dans un cas : celui où le délinquant, au moment où il commet l'acte criminel, est sous l'influence d'une attaque. Alors, en effet, il est mû par une force irrésistible, il agit sans se rendre compte de ce qu'il fait, il frappe ou vole sans en avoir conscience à tel point que, l'acte commis, il n'en garde aucun souvenir. Mais, hors ces crises paroxystiques, l'épileptique ne diffère d'un individu quelconque que par un peu plus d'excitabilité habituelle, souvent il est plus irritable, plus violent qu'un autre, mais son affection ne fait pas qu'il soit moins intelligent, qu'il raisonne moins bien ses actions, qu'il en envisage moins clairement les conséquences. Rien donc, dans l'intervalle des attaques, ne saurait faire de lui un irresponsable.

Dans le cas de F... rencontrons-nous les conditions capables de faire de lui un irresponsable? Nous les cherchons en vain.

F... n'avait pas encore eu d'attaque de la journée au moment où il a été rejoindre sa maîtresse et il était, à ce moment, si pleinement en possession de ses facultés qu'il a pu, aussitôt le coup fait, en donner le récit le plus circonstancié. Preuve évidente qu'il en avait eu pleine conscience. Il nous a bien dit qu'il avait eu une attaque dans la soirée, mais, outre qu'il faudrait en fournir la preuve, nous ne voyons pas en quoi cette attaque, fort distante du moment où il a frappé, a pu exercer une influence sur son acte. Les attaques auxquelles il est sujet, nous le tenons de lui-même, le prennent d'ordinaire à la suite de contrariétés, d'émotions vives. Il nous semble que l'acte qu'il venait de commettre était de nature à provoquer en lui une certaine émotion, et, pour dire toute notre pensée, nous sommes persuadé que, loin que ce soit l'attaque plus ou moins prochaine qui ait provoqué en lui un accès de fureur

criminelle, c'est, au contraire, cet accès de fureur qui a un peu plus tard provoqué l'attaque.

On dira peut-être que si F... ne se trouvait pas, au moment du meurtre, sous l'influence d'une crise d'épilepsie, il n'en est pas moins, comme nous le notions plus haut, doué de ce tempérament irritable et violent qui est propre à beaucoup d'épileptiques et qu'il y a lieu, par conséquent, d'apprécier ses actes avec une certaine indulgence. Il nous est arrivé, en effet, plus d'une fois de réclamer l'indulgence pour des épileptiques qui avaient commis l'acte qui leur était reproché dans un intervalle parfaitement lucide, mais cela ne veut pas dire que tous les épileptiques lucides sont également dignes d'indulgence.

L'épileptique, qui connaît son mal et qui sait par expérience à quoi il peut être entraîné, a le devoir, non seulement de ne rien faire qui puisse aggraver sa situation, mais encore de tout faire pour la rendre moins dangereuse en évitant les crises paroxystiques, en amoindrissant même son excitabilité naturelle. A ce compte, il a droit à des ménagements le jour où, même dans un intervalle lucide, il comment quelque acte grave, parce qu'il a fait le nécessaire pour l'éviter.

Mais est-ce là le cas de F...?

F... n'ignore pas qu'il est épileptique et ignore encore moins à quels actes son tempérament violent peut le conduire. Déjà, en effet, une première fois, le 26 novembre 1898, il a tiré sur une maîtresse plusieurs coups de revolver alors qu'il était, tout comme aujourd'hui, dans un intervalle lucide. N'y avait-il pas là de quoi faire réfléchir tout homme raisonnable et le pousser à prendre des mesures pour l'avenir? Non seulement F... n'a jamais demandé à un établisement quelconque les soins qui lui au-

raient été si nécessaires, mais il a suivi le régime le plus contraire aux intérêts de sa santé cérébrale.

C'est — nous tenons le renseignement de lui-même — un buveur de vin blanc et d'absinthe, deux liquides susceptibles, à eux seuls, de faire des épileptiques de ceux qui ne le sont pas, d'aggraver l'état de ceux qui le sont, de réveiller les crises chez ceux dont les crises ont disparu.

Si F... était un garçon inintelligent, incapable de comprendre sa situation et les remèdes qu'elle comporte, on ne pourrait évidemment lui en vouloir de ne pas avoir pris les mesures nécessaires, sauf à le placer pour toujours dans un asile d'aliénés. Mais F... n'est nullement inintelligent, il se rend parfaitement compte du mal qu'il se fait à lui-même et des dangers auxquels il s'expose, et, dans ces conditions, nous ne voyons vraiment pas à quel titre il réclamerait l'indulgence.

Conclusions. — F... n'est pas aliéné. Si, comme il le déclare, il est épileptique, nous ne trouvons pas, dans l'affection dont il est atteint, des raisons suffisantes pour faire de lui un irresponsable. Il doit compte de ses actes à la justice.

Observation XVII

(Dubuisson et Vigouroux)

Coups et blessures volontaires. Epilepsie congénitale. Impulsion épileptique. Irresponsabilité. Internement.

M..., âgé de 28 ans, est inculpé de coups et blessures volontaires. Le 6 août, il blessait à coups de pierre plusieurs personnes qu'il ne connaissait pas et jetait des cailloux sur des tramways en marche. Conduit au commissariat, il n'a répondu aux questions qui lui étaient posées que par des propos incompréhensibles, ce qui a, comme de juste,

laissé soupçonner aux magistrats qu'il était aliéné dangereux.

M... est, en effet, actuellement, un aliéné dangereux. Mais il faut, pour s'en convaincre, avoir recours à son entourage, car il se montre devant nous, experts, aussi muet qu'il a été devant M. le juge d'instruction. A la prison, où nous l'avons été visiter, il n'a pas prononcé un seul mot, jetant autour de lui des regards inquiets et refusant de marcher.

C'est à sa sœur que nous devons de savoir qui il est.

L'inculpé, qui a 27 ans, est épileptique de naissance. Il a eu, au maillot même, ses premières crises convulsives. Plus tard, vers l'âge de 8 ans, il a été atteint d'une fièvre typhoïde peu grave qui l'a laissé ce qu'il était, un épileptique que son affection a entravé toute sa vie et qui actuellement a fait de lui un aliéné. Jeune, il n'a pu suivre les classes de l'école et il est resté tout à fait ignorant. Il n'a pu apprendre aucun métier. Il n'a pu faire, comme un autre, son service militaire. Il n'a pu enfin remplir depuis lors aucune fonction utile, si modeste qu'elle soit, et, comme un grand enfant, est demeuré au domicile de sa mère qu'il aide au ménage et pour laquelle il fait quelques courses.

Pendant quelque temps, ses crises étaient irrégulières, tantôt se répétant à de courts intervalles et tantôt laissant des semaines entre elles. Sous l'influence probable d'une modification dans le traitement, elles se sont tout à coup multipliées d'une façon inquiétante et, il y a trois semaines environ, sont montées au nombre de trois ou quatre par jour. Dans l'intervalle, il restait inerte et comme abruti. Puis, il y a huit jours, il s'est évadé subitement comme un fou, dit sa sœur, et on ne l'a revu qu'après qu'il

eût été arrêté pour les actes dont nous avons parlé plus haut.

Il n'y a pas ici d'hésitation possible. Nous nous trouvons en présence d'un épileptique qui, dans un de ces accès de folie violente et absurde dont la maladie offre tant d'exemples, a commis des actes dont il n'a eu aucune conscience et dont, par conséquent, il ne peut être tenu pour responsable. On ne saurait voir en lui qu'un aliéné à qui il faut ouvrir, jusqu'à nouvel ordre, les portes d'un asile.

Conclusions. — M... est un épileptique qui, au cours d'une fugue ou d'un accès de délire remplaçant la crise convulsive, a commis contre des passants inconnus de lui des actes de violence. C'est un aliéné irresponsable, mais dangereux, qu'il convient de placer, jusqu'à nouvel ordre, dans un asile d'aliénés.

Observation XVIII

Coups et blessures volontaires. Epileptique ayant eu des accidents convulsifs e délirants. Actes commis en dehors d'une crise. Responsabilité et indulgence.

C... est inculpé de coups et blessures volontaires. Le 9 mai 1901, il s'est jeté sur un sieur M..., au moment où celui-ci prenait son dîner dans un restaurant. Le sieur M... vivait maritalement, paraît-il, avec une femme qui avait été la maîtresse de C... De là l'animosité de celui-ci et l'acte de vengeance auquel il s'est laissé entraîner. Il allègue, pour sa défense, qu'il est sujet à des crises nerveuses et qu'il n'a pas toujours la conscience de ce qu'il fait. L'inculpé dit vrai. Nous le connaissons pour l'avoir examiné, il y a trois ans, et avoir constaté chez lui les accidents qu'il accuse. C'est un convulsif.

Fils d'aliéné et frère d'un sourd-muet épileptique, ac-

tuellement à Villejuif, il devint lui-même sujet à des crises nerveuses vers l'âge de 12 à 13 ans.

Dans ces crises, il perdait connaissance et s'agitait convulsivement pendant un temps qui varie de quelques minutes à quelques heures. Il se relevait aussi la nuit pour commettre des actes bizarres. Il urinait au lit et, même pendant le jour, dans son pantalon. Il y avait là des symptômes non douteux d'épilepsie. Cet état durait depuis huit ans, quand C... tira au sort. Poursuivi et condamné alors pour vagabondage spécial, il fit deux ans de prison avant d'être dirigé sur un régiment. En prison, sa maladie s'exaspéra. Ses absences devinrent si fréquentes et il commit tant d'actes absurdes que, sur ses vingt-quatre mois de peine, il en passa dix-huit en cellule. Il était à bout de force, dit-il, quand il rejoignit son régiment. Là, il eut aussitôt une crise grave et une crise plus mentale que nerveuse. Après quelques jours passés dans une sorte d'hébétude dans laquelle il sentit sa conscience l'abandonner peu à peu, il fut pris d'un accès d'agitation violente qui exigea son transfert au Val-de-Grâce. Après deux mois de traitement, il fut envoyé en convalescence pendant cinq mois. Mais, à peine rentré au corps, il eût une nouvelle crise maniaque et cette fois il fut réformé. Depuis lors, il a été éprouvé par des absences et des vertiges plutôt que par de véritables crises convulsives. Celles-là cependant n'ont pas encore totalement disparu. Elles reviennent surtout au printemps et en été. Il en a trois ou quatre par an. Elles s'annoncent par un mal de tête spécial. Puis, tout à coup, il perd connaissance et, une fois à terre, il se débat, il mord et prononce des paroles incohérentes. Avant et après ses crises, sa tête est troublée et il ne sait pas toujours exactement ni ce qu'il dit ni ce qu'il fait.

A l'ordinaire, C... est un garçon raisonnable, sensé, tra-

vailleur, point méchant ni violent. Toutefois, il est facile à surexciter, et d'après ce qu'il nous raconte, les femmes auraient à cet égard sur lui une influence pernicieuse. Il était autrefois serrurier de son métier, mais il n'a pu demeurer dans la partie, à cause de ses crises. Il s'est fait alors garçon plombier sur les conseils d'un camarade qui, connaissant son état maladif et sachant les ménagements qu'il exige, l'a pris avec lui et le traite comme il convient. Qu'est-il arrivé dans la soirée du 9 mai? C... prétend qu'il est sorti de chez lui, non pour rechercher M..., mais pour retrouver sa maîtresse qui l'avait abandonné. En rentrant dans son logement, il trouva une lettre de sa maîtresse qui se moquait de lui et l'injuriait. La colère l'emporta et il sortit de chez lui pour la rejoindre. Le hasard voulut qu'il rencontrât M... Que se passa-t-il alors? Il ne saurait trop le dire, ayant, à ce moment, assure-t-il, perdu conscience de ses actes.

Que l'épileptique perde conscience de ses actes pendant ses crises et souvent même pendant un certain temps avant et après ses crises, c'est là un fait constant, et si nous étions informés que, dans les heures qui ont précédé ou suivi sa rencontre avec M..., C... a eu une attaque d'épilepsie, nous n'hésiterions pas à dire qu'il a fort bien pu être, sinon tout à fait inconscient, au moins très peu conscient de ses actes. Mais il n'en est rien, et le récit même que nous fait C... des incidents de cette soirée ne nous permet pas de croire qu'il fût, au moment où il a abordé M... sous l'influence d'une attaque. Il faudrait donc supposer que c'est à l'instant même où il est tombé sur son rival qu'il a perdu conscience de ses actes et cela sans crises convulsives concomitantes. Le fait n'est guère admissible.

La seule excuse que nous trouvions en faveur de C..., c'est, qu'étant épileptique, il est moins qu'un autre capa-

ble de résister à une impulsion. Sa colère, sa violence ont quelque chose de morbide. Si le désir de se venger s'empare de lui, il faut qu'il se venge et, s'il frappe, il frappe en aveugle.

Aucune considération ne saurait l'arrêter.

Conclusions. — C... n'est pas aliéné, mais il est atteint d'une affection convulsive et sujet aux impulsions morbides. Il est difficile de le croire quand il prétend avoir été inconscient de l'acte qui lui est reproché, mais son tempérament d'épileptique lui donne droit à une certaine indulgence.

CONCLUSIONS

Notre étude précédente montre bien, qu'en dehors de l'épilepsie connue à forme convulsive, il existe, dans le cas particulier que nous venons de traiter, une autre épilepsie, accompagnée de phénomènes maniaques dans l'ordre psychique.

Ces phénomènes se traduisent par des actes délictueux ou criminels, caractérisant une véritable folie psycho-sensorielle et revenant par période comme les crises de l'épilepsie ordinaire.

Si donc nous pouvons reconnaître dans la manie son origine épileptique, si nous pouvons démontrer qu'elle est un équivalent psychique de l'épilepsie, et cela par l'étude de la modification de l'urée et de l'acide phosphorique, par la toxicité urinaire, l'albuminurie post-paroxystique et les variations de température, nous pouvons dire, sans risque d'erreur, que les actes qui sont soumis à notre examen sont indépendants de la volonté de leur auteur et qu'ils équivalent chez lui aux crises convulsives des épileptiques ordinaires.

Nous n'avons plus affaire ici qu'aux actes d'un aliéné et la loi de 1838 lui devient seule applicable.

BIBLIOGRAPHIE

Ardin-Delteil. — Thèse Montpellier, 1898.

Aussoleil. — Thèse Montpellier, 1889.

Benon. — Gazette des hôpitaux, 1911.

Bosc. — Formule urinaire complète de l'attaque d'épilepsie. Société biologie, 1892.

Cavalier. — Fureur épileptique. Thèse Montpellier, 1851.

Damaye. — Agitations maniaques et état de mal. Progrès médical, septembre 1912.

Delassauve. — Traité de l'épilepsie, Paris, 1884.

Doutrebente. — Annales médico-psychologiques, 1886.

Frenel. — Article folie épileptique. P. M. C., suppl., 2e édition.

Dubuisson et Vigouroux. — Responsabilité pénale et folie. Paris, Félix Alcan.

Dutil. — Epilepsie. Traité Gilbert-Ballet.

Euzière. — Manie et épilepsie. Montpellier médical, mai 1914.

Joffroy. — Cours clinique sur l'épilepsie, Sainte-Anne, 1896.

Kowalowsky. — Epilepsie et médecine légale. Saint-Pétersbourg, 1898.

Krafft-Ebing. — Médecine légale des aliénés, édition Rémond.

Legrand du Saulle. — Etude médico-légale sur les épileptiques, Paris, 1877.

MAIRET. — Revue de médecine, 1911.

MAIRET et BOSC. — Recherche sur la toxicité de l'urine normale et pathologique. Masson, 1891, Paris.

MONTFRIN. — Thèse Montpellier.

OTTOLENGHI. — Epilepsie psychique. Turin, 1890.

RÉGIS. — Précis de psychiâtrie, 5e édition.

RICI. — Annales médico-psychologiques, 1885, II.

TASTEVIN. — L'asthénomanie post-épileptique. Thèse Paris, 1911.

Vu et permis d'imprimer,
Montpellier, le 15 décembre 1914,
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé,
Montpellier, le 15 décembre 1914.
Le Doyen,
MAIRET.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

AVANT-PROPOS IX

PREMIÈRE PARTIE

ÉQUIVALENTS PSYCHIQUES EN GÉNÉRAL 11

DEUXIÈME PARTIE

AGITATION EQUIVALENTAIRE 19

CHAPITRE PREMIER. — Fureur épileptique 21
CHAPITRE II. — Colère épileptique 29
CHAPITRE III. — Manie équivalentaire 34
CHAPITRE IV — Agitation et état de mal 39
CHAPITRE V. — Agitation et dépression alternées 47
CHAPITRE VI. — Etats pré et post-paroxystiques 51

TROISIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER. — Diagnostic 55
CHAPITRE II. — Etude médico légale 68

CONCLUSIONS 83

BIBLIOGRAPHIE 85

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leur enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !